CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

N° 5

DE

LA SYMPHYSÉOTOMIE

ET DE SES RAPPORTS

AVEC LES AUTRES INTERVENTIONS EMPLOYÉES

DANS LA THÉRAPEUTIQUE DE L'ACCOUCHEMENT

DANS LES VICIATIONS PELVIENNES

ACCIDENTS ET COMPLICATIONS URINAIRES DE LA SYMPHYSÉOTOMIE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 20 Février 1904

PAR

Abraham SCÈMAMA

Né à Corfou (Grèce), le 8 août 1880

Pour obtenir le grade de Docteur d'Université

(MENTION MÉDECINE)

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1904

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . Doyen
FORGUE . . . . Assesseur

Professeurs

Clinique médicale . . . . MM.	GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol	GRYNFELTT.
— — ch. du cours, M. Vallois.	
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale.	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC
Hygiène.	BERTIN-SANS.

Doyen honoraire: M. VIALLETON.

Professeurs honoraires :

MM. JAUMES, PAULET (O. ✻), E. BERTIN-SANS (✻)

M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements. . . . . MM.	PUECH, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	JEANBRAU, agrégé
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. LECERCLE.	MM. PUECH	MM. VIRES
BROUSSE	VALLOIS	IMBERT
RAUZIER	MOURET	VEDEL
MOITESSIER	GALAVIELLE	JEANBRAU
de ROUVILLE	RAYMOND	POUJOL

M. IZARD, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. FORGUE, *président.*	MM. PUECH, *agrégé.*
VALLOIS, *chargé de cours.*	de ROUVILLE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON ADORÉ PÈRE

LE CAÏD COMMANDEUR SALOMON SCEMAMA

GRAND OFFICIER DE L'ORDRE DU NICHAM IFTIKAR
OFFICIER DE L'ORDRE DES SAINTS MAURICE ET LAZARE
CHEVALIER DE L'ORDRE ROYAL DU SAUVEUR
CHEVALIER DE L'ORDRE ROYAL D'ISABELLE LA CATHOLIQUE, ETC.

A MON ADORÉE MÈRE

A. SCEMAMA.

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MES BEAUX-FRÈRES

A MES NEVEUX

ET

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A. SCEMAMA.

A MONSIEUR F. DESMONS

SÉNATEUR DU GARD
VICE-PRÉSIDENT DU SÉNAT

Infime hommage de parfait dévouement et de respectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR PAUL MILHAUD

ADMINISTRATEUR DES HOSPICES DE NIMES
JUGE AU TRIBUNAL DE COMMERCE
CONSEILLER DU COMMERCE EXTÉRIEUR DE LA FRANCE
VICE-PRÉSIDENT DU COMITÉ RÉPUBLICAIN DU COMMERCE ET DE L'INDUSTRIE DU GARD

Faible témoignage d'affection et de profonde gratitude.

A. SCEMAMA.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR FORGUE

A M. LE PROFESSEUR DE ROUVILLE

A M. LE PROFESSEUR VALLOIS

A M. LE PROFESSEUR PUECH

A TOUS MES MAITRES

A. SCEMAMA.

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études, c'est avec une bien vive satisfaction que nous soumettons ce modeste travail aux Maîtres de la Faculté de médecine de Montpellier. Nous avons ainsi l'occasion de leur dire publiquement combien nous leur sommes reconnaissants pour leur enseignement si complet et si fécond. Cependant, il est de notre devoir de remercier particulièrement M. le professeur Forgue, qui a bien voulu présider notre thèse. Quant à notre cher maître, M. le professeur de Rouville, notre affection et notre reconnaissance lui sont à jamais acquises.

Le seul regret que nous éprouvons en ce jour, c'est de ne pas avoir à nos côtés notre père bien aimé ; son plus grand bonheur eût été de nous voir un jour docteur en médecine. Mais, nous avons la douce joie de posséder notre mère adorée, qui nous a toujours témoigné la plus vive affection et la plus grande tendresse, et qui a été dans toutes les circonstances de la vie notre soutien et notre seul guide.

Elle est pour nous, l'être le plus cher au monde.

INTRODUCTION

Ce travail se divise en trois parties :

Dans la première partie nous étudions la symphyséotomie;

Dans la deuxième partie nous étudions, très succinctement, les autres interventions (opération césarienne, accouchement prématuré provoqué, embryotomie, forceps et version), employées dans la thérapeutique de l'accouchement dans les viciations pelviennes ;

Dans la troisième partie, nous étudions les indications des différentes interventions (version, forceps, symphyséotomie, accouchement prématuré provoqué, embryotomie), dans la thérapeutique de l'accouchement, dans les viciations pelviennes, et la conduite à tenir dans les bassins viciés.

Nous n'avons pas la prétention, dans ce travail, d'avoir fait une étude complète de toutes ces questions, si ardues et si complexes ; toutefois nous avons essayé d'en donner une idée d'ensemble, aussi nette que possible.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA SYMPHYSÉOTOMIE

ET DE SES RAPPORTS
AVEC LES AUTRES INTERVENTIONS EMPLOYÉES DANS LA THÉRAPEUTIQUE
DE L'ACCOUCHEMENT DANS LES VICIATIONS PELVIENNES

ACCIDENTS ET COMPLICATIONS URINAIRES DE LA SYMPHYSÉOTOMIE

PREMIÈRE PARTIE

SYMPHYSÉOTOMIE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

L'historique de la symphyséotomie est un chapitre des plus intéressants et des plus attrayants de l'histoire de l'Obstétricie. Il nous serait impossible dans ce travail élémentaire de décrire tout au long les phases d'enthousiasme et d'abandon par lesquelles est passée cette opération, dont la découverte a été un des événements les plus considérables de l'obstétrique et, quoique nous ne voulions pas anticiper sur nos conclusions, nous pouvons dire qu'elle mérite, malgré ses détracteurs anciens et modernes, d'occuper surtout actuellement, grâce aux

bienfaits de l'antisepsie et de l'étude approfondie du bassin après symphyséotomie, une des places les plus importantes dans la thérapeutique de l'accouchement dans les viciations pelviennes.

Nous nous bornerons simplement à donner un aperçu général très bref des étapes successives parcourues par cette opération ; on pourra trouver de plus amples renseignements dans la remarquable thèse de M. Desforges (1), que nous avons nous-même consultée avec le plus grand intérêt.

L'idée première de la symphyséotomie dérive logiquement de la doctrine de l'écartement des os du bassin. Hippocrate a observé et signalé pour la première fois les changements qui se produisent dans les articulations pelviennes à la fin de la grossesse.

Le rabbin Zoar, dans ses commentaires sur l'Exode, ne trouve rien de plus admirable dans la nature que l'écartement des pubis au moment de l'accouchement.

André Vésale, dans son Traité d'anatomie, rapporte la coutume étrange de certains peuples qui déforment et séparent les pubis des filles qui naissent, afin d'agrandir le bassin.

Jacques d'Ambroise constate la grande mobilité des pubis pendant l'accouchement et la fait constater à Ambroise Paré qui, devant l'évidence, ne put que s'incliner.

De là à la symphyséotomie il n'y avait qu'un pas à faire, et ce pas a été franchi par Séverin Pineau, élève de l'illustre Ambroise Paré, qui, le premier, eut l'idée bien nette de trancher la symphyse pour agrandir le bassin. Pineau, après avoir comparé la substance cartilagineuse et fibreuse

---

(1) Desforges, thèse Paris, 1892.

des articulations à une éponge qui s'imbibe pendant la grossesse et se dessèche lentement après la délivrance, se demanda si « l'art ne pourrait pas augmenter le ramollissement que tente la nature. Pour y parvenir, ne pouvait-on pas appliquer pendant la grossesse, sur les symphyses des pubis, des cataplasmes émollients, des embrocations huileuses, des bains... », et il se demanda même pourquoi on ne sectionnerait pas les pubis ? Mais Pineau mourut en 1619 sans avoir osé pratiquer l'opération dont il avait le premier incontestablement soupçonné l'utilité.

Delacourvée, médecin français, qui exerçait à Varsovie vers le milieu du XVIIe siècle, raconte dans ses *Paradoxes sur la nutrition du fœtus*, qu'il fut appelé auprès d'une femme qui venait de mourir sans être accouchée : c'était une primipare de 48 ans, en travail depuis 4 jours, dont le bassin était rétréci. Voulant extraire l'enfant, il eut l'idée de fendre la symphyse pubienne avec un rasoir; cette opération post-mortem lui permit de constater que deux êtres avaient succombé parce que les os ne s'étaient pas suffisamment écartés. Il n'en conclut rien pour l'avenir. « S'il avait su tirer de ce fait intéressant les inductions pratiques qui en découlaient naturellement, l'opération de la symphyse était découverte (1). »

Mais cette découverte de la section de la symphyse pubienne, nous la devons à Jean-René Sigault. Son premier mémoire, alors qu'il était encore étudiant en médecine, fut lu à l'Académie de Chirurgie le 1er décembre 1768, mémoire qui fut sévèrement apprécié par elle ; la Faculté de Médecine, au contraire, lui fit un accueil

(1) Desormeaux et P. Dubois, *in* Dictionnaire de Médecine, t. XXIX, Paris 1844.

bienveillant et décréta que « *pour récompenser l'inventeur d'une découverte si utile à l'humanité, on ferait graver une médaille en son honneur comme témoignage de reconnaissance et d'admiration* ».

Les travaux et les recherches de Sigault furent plus tard exposés dans sa thèse inaugurale, qu'il soutint devant l'école d'Angers le 22 mars 1773, intitulée : « *An in partu contra naturam, sectio symphyseum ossium pubis sectione cesarea promptior et tutior.* »

Les travaux de Sigault attirèrent l'attention du monde médical. Sa méthode fut défendue ou critiquée dans un certain nombre de thèses de l'époque : c'est ainsi qu'à Montpellier, dès 1772, Morand de la Roussière se montrait partisan de la section de la symphyse, qu'il préférait dans quelques cas à l'opération césarienne.

De nombreuses expériences furent faites alors sur des animaux et sur des femmes mortes en couches pour connaître l'agrandissement que peut donner la symphyséotomie. De nombreuses discussions s'élevèrent et des polémiques violentes s'engagèrent, et cependant aucune opération n'avait encore été faite sur le vivant.

Ce n'est que le 30 septembre 1777 que J.-R. Sigault, en présence d'Alphonse Leroy, pratiqua pour la première fois la symphyséotomie sur la femme Souchot, mariée à un soldat du gué.

L'opération ne fut pas des plus heureuses, de nombreux accidents se produisirent, la convalescence fut des plus longues et compliquée de troubles urinaires et d'accidents septiques, ce dont nous ne devons guère être étonnés si l'on se rapporte à l'époque où cette opération fut pratiquée; néanmoins la femme et l'enfant guérirent.

Sigault, à qui on reprocha sa maladresse et d'avoir agi avec trop de mystère et de précipitation, s'excusa en disant :

« J'étais très malade, mal éclairé d'ailleurs par une garde effrayée dont la main tremblante faisait vaciller la lumière. Je fis l'opération presque sans y voir, avec un bistouri droit ordinaire, contrarié par les circonstances, surtout ému, très ému, j'en conviens, puisque je tentais une opération absolument neuve; je perdis la ligne de direction... et j'intéressai une portion du méat urinaire. »

L'opération de Sigault fut rapidement connue par toute l'Europe. Les journaux s'empressèrent de publier cet événement et bientôt s'engagea une polémique aussi violente qu'inutile.

Défendue par ses partisans, dont l'enthousiasme ne connaissait pas de bornes, elle était très sévèrement condamnée par ses adversaires et il est impossible de décrire à quel point sont arrivées les controverses.

Les esprits s'excitaient et les passions s'avivaient, un contemporain a pu dire : « Il s'est élevé un essaim de critiques qui eût crié au meurtre, sans attendre l'issue bonne ou mauvaise de cette entreprise. »

L'opération de Sigault ne resta pas isolée; bientôt on pratiqua de nombreuses autres symphyséotomies, ce qui fit dire à Baudelocque « qu'il semblait que l'art des accouchements se réduisît à la dextérité nécessaire pour bien exécuter cette opération ».

Dans les trois opérations suivantes faites par Sigault, les enfants moururent et, parlant de sa cinquième opération où la mère et l'enfant succombèrent, il dit : « Tout autre succès eût été au-dessus des ressources de l'art. Les accidents étaient dus à une disposition morbifique antérieure à l'accouchement. »

Sous l'influence du décret de la Faculté de médecine, on se livra en province à quelques essais dont la hardiesse ne fut pas justifiée par le succès, et ces hardiesses cou-

pables devaient fournir aux adversaires des arguments ; et la lutte recommença plus ardente que jamais entre les chirurgiens, restés fidèles à l'opération césarienne, et les médecins, presque tous partisans de la symphyséotomie.

Un témoin qui assistait à la symphyséotomie qui fut faite par Dussaissoz, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, raconte ainsi la scène :

« La malade poussait des cris affreux ; le sang ruisselait de toutes parts, les ligatures avaient manqué, l'incision externe s'était agrandie, le bassin, largement ouvert, semblait n'avoir plus de solidité ; la vulve était gonflée et béante, ce qui offrait un spectacle effrayant qu'aucune opération connue ne saurait fournir d'exemple. »

Le sort de la symphyséotomie à l'étranger fut varié. L'Angleterre la repoussa, comme elle avait repoussé d'ailleurs l'opération césarienne. Même hostilité du côté de l'Allemagne. En Italie, au contraire, la symphyséotomie fut rapidement introduite et pratiquée par les jeunes accoucheurs de ce pays. Mais c'est surtout en Hollande que la symphyséotomie obtint le plus grand succès. Camper fut le protecteur le plus acharné de la symphyséotomie et l'admirateur de la première heure de Sigault.

Ainsi donc, malgré l'opposition de l'Académie de chirurgie, malgré les critiques de Baudelocque, malgré le grand nombre d'adversaires, la symphyséotomie fut pratiquée et répandue dans toute l'Europe à la fin du XVIIIe siècle.

En 1781, paraît le célèbre traité de Baudelocque, où l'on trouve la critique la plus sérieuse mais la plus sévère de la symphyséotomie ; c'est là que les successeurs et tous les disciples du maître sont venus chercher les arguments pour juger sans appel une opération qu'ils ne connaissaient pas.

L'enthousiasme pour cette opération fut de bien courte durée; en effet, à partir de 1786 jusque vers la fin du XVIIIe siècle, la symphyséotomie n'est guère plus pratiquée, et au début du XIXe siècle les passions si terribles qu'avait soulevées cette opération entre partisans et adversaires n'existent presque plus; l'opération n'est pratiquée que bien rarement.

Les maîtres de l'obstétrique française, Desormeaux, Deneux, Capuron, Velpeau, Paul Dubois, se désintéressent de la question, tandis que l'accouchement prématuré et l'embryotomie font au contraire de grands progrès.

Désormais, la symphyséotomie, opération essentiellement française, ayant vu le jour en France, n'est plus qu'un souvenir en France; mais bien plus, après avoir été pratiquée et discutée dans toute l'Europe, elle disparaît, et ses traces nous les retrouvons en Italie, qui devient son seul et unique asile. La symphyséotomie y fut accueillie dès le début comme un bienfait du ciel ; la presque unanimité des accoucheurs l'accepta et tout le monde chercha à la perfectionner. Grâce à Galbiati, Jacolucci, et surtout grâce à Morisani, cette opération était en honneur à l'Ecole de Naples. En 1863, Morisani, dans un travail sur les rétrécissements du bassin, consacrait un chapitre important à la symphyséotomie et à la pelvitomie. A différentes reprises (1867, 1874, 1881, 1886), il publia de nouveaux travaux sur la symphyséotomie. Au fur et à mesure des perfectionnements de l'antisepsie, les résultats qu'il obtient pour la mère et l'enfant deviennent meilleurs et finissent par être excellents.

A la fin de 1891, Spinelli, ancien assistant de Morisani, vient à Paris et appelle l'attention de Pinard et de Varnier sur les résultats obtenus à Naples : sur 24 opérations,

24 mères guéries et 23 enfants vivants, et dans une lettre publiée aux Annales de gynécologie de 1892, il termine ses conclusions en disant : « Aujourd'hui, au point où en est la symphyséotomie, l'indifférence ou la négligence des accoucheurs ne sont plus justifiées ; elles deviennent coupables. »

Pinard commence immédiatement avec L.-H. Farabeuf et Varnier des expériences sur l'agrandissement du bassin par la symphyséotomie, et le 7 décembre 1891 (1), date désormais mémorable, il fait connaître publiquement sa décision et il termine en disant que grâce à la symphyséotomie « la vie de bien des femmes et de bien d'enfants sera sauvegardée, et les accoucheurs n'auront plus à s'imposer le supplice de broyer des enfants pleins de vie qu'ils ont mission de sauver ».

Deux mois s'écoulent à peine après cette publication lorsque Pinard pratique pour la première fois la symphyséotomie Immédiatement cette opération, qui n'avait pu se vulgariser malgré les efforts persévérants des accoucheurs italiens, se répand dans toute l'Europe et en Amérique. Le nombre des symphyséotomies devient de plus en plus considérable, et en mars 1893 Varnier, et à fin juin 1893 Neugebauer, ont pu rassembler jusqu'à cette dernière date 131 symphyséotomies pratiquées dans l'espace de moins d'un an et demi. Ces chiffres sont plus éloquents que les plus belles phrases pour dépeindre l'enthousiasme des partisans de cette opération.

Neugebauer a réuni dans une statistique complète tou-

---

(1) *Ann. de gynéc.*, 1892.

tes les symphyséotomies pratiquées depuis 1777 à la fin décembre 1893. Elles sont au nombre de 437.

Cette statistique se compose des trois statistiques classiques de Morisani, qui partent, la première de 1777 au mois d'octobre 1858 (celle-ci a été complétée plus tard par Neugebauer d'après la thèse de Desforges) et comprend 80 opérations avec une mortalité maternelle de 35 pour 100 et une mortalité fœtale de 67,90 pour 100 ; la deuxième, de 1866 à 1880, comprend 50 cas avec une mortalité maternelle de 18 pour 100 et une mortalité infantile égale ; la troisième part de 1881 au mois de mars 1886, et comprend 18 opérations seulement avec une mortalité maternelle de 38,88 pour 100 et une mortalité infantile de 27,7 pour 100. De 1887 à la fin décembre 1893, Neugebauer a rassemblé 278 opérations avec une mortalité maternelle de 11,1 pour 100 et une mortalité infantile de 19 pour 100. Cette dernière statistique représente la période véritablement antiseptique de l'opération.

Pinard, Varnier et Farabeuf personnifient presque toute l'histoire de la symphyséotomie renaissante, qui part de 1891 à nos jours.

Les congrès de Breslau, de Rome, de Bordeaux, de Moscou, de Marseille et enfin d'Amsterdam marquent les étapes successives des discussions ardentes qui se sont élevées entre partisans de la symphyséotomie et partisans de l'opération césarienne ou des autres interventions employées dans la thérapeutique de l'accouchement dans les viciations pelviennes.

En présence des statistiques, qui démontrèrent de la façon la plus évidente que la symphyséotomie est loin d'être aussi bénigne qu'on l'avait supposé, l'enthousiasme des premiers jours a beaucoup diminué, et actuellement pour la grande majorité des accoucheurs, la symphyséo-

tomie n'est plus qu'une intervention de plus dans la thérapeutique de l'accouchement dans les viciations pelviennes, intervention qui, pratiquée dans de bonnes conditions, serait fertile en succès; dans le cas contraire, elle aurait un pronostic des plus sérieux.

CHAPITRE II

Section pubienne et agrandissement du bassin, expulsion et extraction du fœtus, réparation de la symphyse pubienne.

Difficultés, accidents et complications de ces différents actes opératoires. Conduite a tenir.

Accidents et complications urinaires de la symphyséotomie.

Définition. — Au point de vue obstétrical, on doit entendre par symphyséotomie une opération qui consiste à sectionner les ligaments interpubiens, ensuite à produire, grâce au jeu des articulations ilio-sacrées, un écartement momentané des parties antérieures des deux os iliaques et, par suite, un agrandissement du bassin osseux, et dont le but final est la naissance d'un enfant à travers une filière pelvienne agrandie, dans les conditions les plus favorables pour la mère et l'enfant.

Dans ce chapitre nous passerons successivement en revue les différents actes opératoires de la symphyséotomie, qui sont :

1° Section de la symphyse pubienne et agrandissement momentané du bassin ;

2° Expulsion ou extraction du fœtus après agrandissement du bassin ;

3° Réparation de la symphyse pubienne.

A propos de chacun de ces actes opératoires nous indiquerons brièvement la technique opératoire à suivre et la meilleure conduite à tenir ; nous nous étendrons davantage sur les difficultés opératoires qu'on peut rencontrer et sur les différents accidents et complications qu'on peut voir survenir, et nous insisterons tout particulièrement sur les accidents et complications urinaires à propos desquels nous donnerons les plus amples détails, en nous basant sur le grand nombre d'observations que nous avons pu recueillir dans les différentes publications et thèses parues jusqu'à ce jour ; nos observations, d'ailleurs pour la plupart résumées, se trouvent à la fin de notre travail.

Nous ne pouvons, bien entendu, prétendre ni même n'avons l'illusion de donner toutes les observations parues depuis l'ère antiseptique (1887) relatant des accidents et complications urinaires de la symphyséotomie. Certainement, un grand nombre de celles-ci ont échappé à nos investigations; cela s'explique lorsqu'on pense aux difficultés que l'on éprouve pour aller découvrir par-ci par-là une observation de symphyséotomie dans des publications que souvent il est absolument impossible de se procurer. Sans compter d'ailleurs que certains opérateurs, pour des raisons que nous ne chercherons pas à découvrir, ne publient pas les cas malheureux qu'ils ont pu avoir dans leur pratique. On ne peut franchement que désapprouver cette façon de procéder, qui a pour conséquence de fausser les statistiques et de faire croire aux praticiens inexpérimentés que telle ou telle opération est indemne de

tout accident, alors qu'elle peut en être la cause de nombreux. On comprend aisément à quels désastres peut conduire cette façon d'agir.

Les observations d'accidents et complications urinaires recueillies sont assez nombreuses pour pouvoir donner une idée nette de la variété de ces accidents, du mécanisme de leur production, de leur fréquence relative et de leurs conséquences.

Dans le troisième chapitre, nous nous occuperons des accidents pouvant se produire pendant les premiers jours des suites de couches, persister plus ou moins longtemps, ou plus rarement, n'apparaître qu'à une époque plus ou moins éloignée de l'opération.

Dans le quatrième chapitre, nous nous occuperons de certaines questions connexes à la symphyséotomie :

1° De la grossesse et de l'accouchement après la symphyséotomie ;

2° De l'agrandissement définitif du bassin par ostéoplastie ;

Et 3° de la symphyséotomie répétée.

Dans le cinquième chapitre, nous donnerons les statistiques de la mortalité maternelle et infantile, ainsi que de la morbidité. Nous étudierons ensuite les causes de ces mortalités et les précautions à prendre avant et pendant la symphyséotomie, pour améliorer, s'il est possible, le pronostic si sérieux de cette opération. Nous terminerons par l'étude des contre-indications de la symphyséotomie.

I. Section de la symphyse pubienne et agrandissement momentané du bassin. — Les procédés opératoires actuellement employés sont nombreux et variés : tels ceux de

Porak (1), de Novi, de Morisani, de Vo Lauro, de Franck, etc., etc. Mais le plus communément employé est le manuel opératoire classique de Pinard et Farabeuf. Nous ne le décrirons pas, nous nous bornerons simplement à indiquer les difficultés et les accidents opératoires qu'on peut rencontrer ou voir survenir au cours de ce temps.

a) Difficultés et accidents opératoires au cours de l'incision des téguments et des tissus pré-symphysaires. — Champetier de Ribes a rencontré des difficultés par suite de la surcharge graisseuse ; Audebert (2), à propos de cette difficulté, s'exprime ainsi : « On est obligé d'opérer dans la profondeur et on dilacère facilement les tissus peu résistants qu'on veut détacher de la symphyse. »

L'écoulement sanguin est généralement peu abondant, mais dans quelques cas rares il s'est produit de véritables hémorragies dues le plus souvent à la présence de gros paquets variqueux paravulvaires. Ces hémorragies peuvent être très abondantes, surtout si les vaisseaux sectionnés sont maintenus béants par la présence de tissus cicatriciels adhérents aux vaisseaux, conséquence d'une symphyséotomie antérieure.

Bar (3), à propos d'une hémorragie tégumentaire, s'exprime ainsi :

« Immédiatement la peau fut inondée de sang, celui-ci s'écoulait en nappes et en certains points, de gros jets de sang partaient des vaisseaux veineux. » Mais la compres-

---

(1) *Société obstétricale et gynécol. de Paris*, oct.-nov. 1894.

(2) Audebert.— Parallèle entre l'accouchement prématuré et la symphyséotomie. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1897, V. XVII, p. 112 et suivantes.

(3) Symphyséotomie. *L'Obstétrique*, juillet 1899.

sion des téguments, en dehors de la plaie, a arrêté immédiatement cette hémorragie.

En réalité, ces hémorragies tégumentaires s'arrêtent facilement par la simple compression.

b) La section de la symphyse pubienne est généralement facile, et bien rares sont les cas où l'on a trouvé la symphyse pubienne complètement ossifiée, pour qu'on dût avoir recours au ciseau gouge, etc...

Bar n'a jamais rencontré cette ossification ; Zweifel n'en fait pas mention ; Pinard (1) n'y croit guère, mais tout de même il admet que, dans certains cas, il est impossible de faire la section symphysienne et conseille même de se munir, autant que possible, de scies à chaînes, de ciseau et de marteau pour les cas où l'on serait obligé de pratiquer la pubiotomie.

Morisani (2) s'exprime ainsi : « Pour ma part, je n'ai jamais constaté une ossification complète de la symphyse pubienne, et je ne crois pas qu'on doive l'admettre dans tous les cas où l'on éprouve des difficultés à ouvrir l'articulation avec le bistouri. Très souvent, la difficulté provient de l'obliquité plus ou moins considérable de la symphyse, comme je l'ai observé récemment dans un cas, ou d'un amincissement considérable de la partie cartilagineuse interpubienne, qui fait qu'un bistouri très mince peut opérer facilement la section, tandis qu'un plus gros trouve des obstacles qu'il ne peut surmonter. »

Néanmoins, de la lecture d'un grand nombre d'observations, il ressort que, dans certains cas, on a éprouvé de sérieuses difficultés au moment de la section de la sym-

---

(1) *Ann. de gynéc.*, fév. 1894.

(2) Congrès de Rome, 1894.

physe pubienne. Faut-il attribuer ces difficultés à ce que réellement, dans tous ces cas, il y avait ossification de la symphyse, ou plutôt ces difficultés résultent-elles d'une anomalie spéciale de celle-ci, telle que déviation, obliquité de son interligne, minceur extrême de la symphyse ? Les deux hypothèses sont plausibles. Cependant, nous pensons, d'après Pinard, Morisani, Varnier et Zweifel, que si cette ossification existe, ce qui est probable puisqu'elle a été observée par des opérateurs qui ont l'habitude de la symphyséotomie, elle doit être très exceptionnelle.

La section de la symphyse peut être rendue très difficile chez une femme antérieurement symphyséotomisée, par l'existence, derrière la symphyse, d'un pont fibreux cicatriciel adhérent intimement à la vessie, ainsi qu'aux parties molles antérieures.

Il résulte alors de cette particularité que, d'une part, il peut être très difficile de passer le doigt derrière le pubis, comme on a l'habitude de le faire dans toute symphyséotomie, doigt qui a pour but de détacher les viscères rétropubiens de la symphyse et de les protéger ainsi contre les échappées instrumentales.

Ensuite, par suite de l'adhérence intime de ces tissus fibreux avec les parties molles, il est difficile de les sectionner sans blesser la vessie.

Dans des cas semblables, Bar a très judicieusement attaqué la bride fibreuse immédiatement au ras d'un des pubis et a sectionné les filaments qui la rattachaient à la face postérieure de cet os ; de cette façon, il est arrivé de suite sur du tissu cellulaire lâche ; les risques de déchirures de la vessie et de l'urèthre devenaient moins grands, car ces organes restent ainsi acco-

lés à la bride fibreuse et sont reportés avec elle sur le côté.

Il résulte donc des considérations précédentes, que ces tissus cicatriciels, par suite de leur adhérence intime avec les organes tels que la vessie et l'urèthre, prédisposent beaucoup aux déchirures de ces organes.

Grâce au doigt protecteur qui est en arrière, les risques de blesser la vessie à la suite de la section pubienne n'existent pas ; de même, à moins qu'on soit inhabile, on évitera,en sectionnant le ligament pubien,de léser le canal de l'urèthre qu'on éloignera avec une sonde.

La section de la symphyse se fait généralement sans hémorragie ; dans quelques cas rares une hémorragie se produit au cours de la section du ligament triangulaire.

Dès que les dernières fibres interpubiennes ont été sectionnées, les pubis s'écartent brusquement l'un de l'autre, ensuite on augmente cet écartement en portant les membres inférieurs dans l'abduction ; l'écartement provoqué des os iliaques ne devrait jamais dépasser 6 à 7 centimètres, car en dépassant cette limite, on risque de voir se produire des lésions très graves des parties molles antérieures et des hémorragies très sérieuses.

Peut-on rencontrer quelques difficultés à produire l'écartement des os iliaques ? Certaines observations semblent prouver que dans certains cas cet écartement a été impossible à effectuer soit à cause d'une synostose postérieure, soit à cause d'une solidité excessive des ligaments sacro-iliaques. Exemple, le cas de Cadène (1) qui, malgré le disjoncteur, ne put écarter les pubis de plus de 4 centimètres.

---

(1) Observ. n° 56 de la thèse de Rubinrot.

Pinard a observé aussi un autre cas où, seul, l'os iliaque du côté gauche se laissait écarter. Le pubis du côté droit, au contraire, était presque immobile (1). Nous reviendrons d'ailleurs sur cette observation à propos des lésions urinaires.

Mais ces cas sont évidemment très rares. Bar n'en a jamais observé. Morisani et Zweifel n'en font pas mention.

c) Si la section pubienne, comme nous le voyons, ne s'accompagne que bien rarement d'accidents, il n'en est pas de même de l'écartement des os iliaques, qui peut être la cause des complications suivantes :

1° Des hémorragies ;

2° Des déchirures des parties molles antérieures.

Si de pareilles complications peuvent se produire par suite de l'écartement des pubis, avant même d'avoir fait aucune tentative d'extraction du fœtus, on conçoit aisément qu'ils auront beaucoup plus de chances de se produire, quand, par le fait du passage du fœtus à travers le bassin agrandi et des manœuvres qui sont alors rendues nécessaires, l'écartement des pubis et la tension des parties molles sont portés à leur maximum.

Pour ne pas être obligé de les décrire deux fois, nous les signalons actuellement comme pouvant se produire au cours de l'écartement pubien ; nous les décrirons ensuite avec détails après avoir étudié l'extraction ou l'expulsion spontanée du fœtus.

La section pubienne terminée et l'écartement produit, la partie chirurgicale de la méthode est suspendue, pour reprendre au moment de la réparation de la symphyse pubienne.

---

(1) Pinard, Clinique obst. 1899.

En somme, nous voyons que ce premier temps, en dehors des accidents qui peuvent se produire au cours de l'écartement des pubis, n'est ni bien difficile ni bien dangereux.

II. Expulsion et extraction du fœtus après agrandissement du bassin. — Nous voilà maintenant au deuxième temps de l'opération : l'expulsion ou l'extraction du fœtus, temps le plus important et le plus difficile de l'opération.

La terminaison de l'accouchement peut avoir lieu de deux façons différentes : 1° attendre que l'accouchement se fasse spontanément ; 2° intervenir. Dans ce dernier cas, on peut extraire le fœtus soit à l'aide de la version, soit à l'aide du forceps, soit à l'aide du levier préhenseur-mensurateur.

1° *Attendre l'accouchement spontané.* — Morisani (1) est favorable à cette méthode. « Si l'on ne pratique la symphyséotomie, dit-il, que lorsqu'elle est indiquée, la proportion entre la tête du fœtus et le bassin se rétablit très bien, et l'on peut alors penser que l'expulsion de l'enfant se fera par l'œuvre seule de la nature, pourvu que les contractions utérines conservent leur énergie, leur régularité. Quand cela arrive, nous conseillons de laisser l'accouchement se terminer seul. Telle était la méthode de Galbiati au commencement du siècle.

« Mais très souvent les choses ne se passent pas ainsi. Soit qu'un long travail ait fatigué l'utérus, soit que, sous l'influence du sommeil chloroformique, l'énergie contrac-

(1) Morisani. Congrès de Rome. *Ann. de gynéc.*, 1894.

tile de l'organe diminue et s'engourdisse, le fait est que les contractions deviennent plus rares, moins fortes et plus éloignées les unes des autres. Alors, plutôt que de laisser la femme longuement sur le lit de souffrance et la plaie articulaire dans des conditions pas très favorables, je préfère terminer l'accouchement par un acte opératoire qui, prudent et régulier, n'aggrave pas sensiblement les conditions de la mère et du fœtus. »

Zweifel (1) est le partisan le plus convaincu de l'accouchement spontané après symphyséotomie ; il applique autour du bassin un large bandage en flanelle ou en caoutchouc et il attend la sortie de la tête, qui, d'ordinaire, s'effectue en une heure ; la seule contre-indication pour Zweifel est une activité utérine défectueuse, insuffisante. Cette façon de procéder a été critiquée par plusieurs accoucheurs, qui l'ont traitée de cruelle pour les mères. Zweifel affirme au contraire que ses opérées ne souffraient pas plus que les autres parturientes.

Lepage (2), parlant de l'accouchement spontané après symphyséotomie, dit : « Il est bien certain que l'expulsion spontanée du fœtus, après agrandissement du bassin, est théoriquement préférable à l'emploi de tout instrument ; mais, pour qu'elle ait lieu sans inconvénient, il faut que la symphyséotomie soit pratiquée de bonne heure, c'est-à-dire avant que le fœtus n'ait souffert de l'obstacle qu'il rencontre dans la filière pelvienne ; il faut de plus que le muscle utérin se contracte suffisamment pour que la période d'expulsion ne dure pas trop longtemps. »

Pinard (3), qui, dans la majorité des cas, pour terminer

---

(1) Congrès de Moscou. *Ann. de gynéc.*, 1897.
(2) *Ann. de gynéc.*, 1896.
(3) *Ann. de gynéc.*, 1894.

'accouchement intervient par le forceps, se demande s'il ne serait pas préférable ou de laisser aux contractions le soin d'engager la tête, ou d'engager la tête par des pressions manuelles hypogastriques.

En somme, tout le monde est d'accord pour considérer l'accouchement spontané comme la solution la plus heureuse et qui ménage le mieux les parties molles ; les seuls inconvénients seraient de prolonger ainsi les dangers de l'infection et du choc pour la mère. Malheureusement, rarement on trouve réalisées les conditions favorables pour une pareille façon de procéder, qui sont : contractions utérines régulières et énergiques, parties molles et col bien dilatés afin de ne pas opposer de résistance bien sérieuse à l'expulsion spontanée du fœtus, fœtus n'ayant pas trop souffert avant la symphyséotomie et dont la vitalité ne serait pas compromise par l'attente d'une expulsion spontanée.

2° *Intervenir*. — Dans ces cas on est en présence de trois procédés : a) le forceps ; b) la version ; c) le levier préhenseur-mensurateur ; à quel doit-on donner la préférence ? Tous les trois ont leurs avantages et leurs inconvénients respectifs ; étudions-les séparément.

a) *Forceps*. — « Les tractions défectueuses exercées sur le forceps et par lui sur la tête fœtale auront comme conséquence de contusionner les parties molles, de les déchirer d'autant plus facilement que leur soutien antérieur (la face postérieure de la symphyse) fera défaut, et que leur extension pourra être portée au delà des limites permises, si la ceinture pelvienne était solide. » (Bar) [1].

Varnier (2), à propos d'une observation de Wallich où

(1) *L'Obstétrique*, juillet 1899.

(2) Congrès de Moscou, 1897. *Ann. de gynéc.*, septembre 1897.

il y eut un délabrement vésico-uréthral, dit : « Ici encore il s'agit d'une complication de l'extraction, d'une déchirure du pont des parties molles tendu et non soutenu entre les pubis maintenus écartés au cours d'une extraction par le forceps, qui, je ne saurais trop le répéter, tire trop en avant. »

Les accidents nombreux qu'on peut voir survenir au cours des applications de forceps après agrandissement du bassin, sont des déchirures vaginales; déchirures très fréquemment notées dans les observations de symphyséotomie ; le col, insuffisamment dilaté, peut être fortement abaissé avec la tête et se déchirer ; dans d'autres cas, le col forme une bride très solide qui, se déchirant largement, conduit à une véritable rupture utérine.

Dans certains cas, la déchirure vaginale peut se compliquer d'une rupture de la vessie et d'autres lésions des parties molles. Mais si le forceps a à son passif de pareilles lésions, il a aussi l'avantage, qu'une application de forceps faite avec modération et ayant échoué, la vie de l'enfant n'est pas compromise, ce qui n'est pas le cas de la version, comme nous le verrons plus bas.

b) *Version.* — Les complications qu'on peut rencontrer au cours de la version sont dues : 1° à l'insuffisance de la dilatation du col ; dans ces cas, au moment de l'extraction de la tête dernière, le col se rétractant autour du cou s'abaisse jusqu'à la vulve et se déchire, déchirure qui peut remonter jusque dans l'utérus. On s'expose, en outre, par suite de la rétraction du col, à voir le fœtus succomber soit à une compression du cordon, soit à l'asphyxie.

2° Accidents résultant des manœuvres d'extraction. Au cours de la version, en effet, des manœuvres — celles nécessitées par l'abaissement des bras, par exemple —

dans lesquelles la main est introduite dans le canal vaginal, et même les simples manœuvres destinées à engager la tête, si faciles qu'elles soient, peuvent être la cause de déchirures et de délabrements très graves des parois vaginales, surtout qu'on est obligé de pratiquer ces différentes manœuvres à un moment où le rapprochement des pubis ne peut être effectué.

3° On peut voir se produire au cours du dégagement des lésions vulvaires et vésico-uréthrales.

En somme, les deux modes d'extraction peuvent être la cause d'accidents très sérieux ; mais en général, la version, les conditions étant favorables, est bien préférable au forceps ; l'extraction du fœtus est ainsi plus facile, elle traumatise ensuite beaucoup moins les parties molles.

C'est ainsi que Pinard (1), parlant des symphyséotomies pratiquées par lui au cours de l'année 1895, dit à propos de la version :

« Nous avons vu que dans certains cas, il vaut mieux après l'agrandissement du bassin pratiquer la version qu'une application de forceps » ; et plus bas : « Je me contente de vous dire ce que l'expérience nous a démontré : dans les cas où après l'agrandissement du bassin la tête reste très élevée, la version s'est montrée sans aucun doute supérieure à l'application de forceps. »

Dans la pratique, il faut se montrer très éclectique.

Si les parties molles sont souples, ce qui se rencontre très fréquemment chez les multipares ; si la dilatation est franchement complète, et surtout si cette dilatation a été complétée par les contractions utérines et non pas seulement d'une façon mécanique par le ballon qui, particuliè-

---

(1) *Ann. de gyn.*, 1896.

rement chez les primipares, laisse souvent au-dessus du col dilaté et facilement rétractable, le segment inférieur et l'anneau de Bandl rigides; si la tête n'est pas trop engagée, si l'utérus n'est pas rétracté sur le fœtus, si la poche des eaux vient d'être récemment rompue, alors on aura recours à la version qui donnera incontestablement de meilleurs résultats que le forceps. Mais si ces conditions favorables manquent, si particulièrement la tête est légèrement engagée ou sa bosse séro-sanguine très abaissée, si les parties molles sont très étroites, rigides, se prêtant mal à la dilatation, alors, sans hésitation, il faut avoir recours au forceps.

c) *Levier préhenseur-mensurateur.* — Il a été bien rarement appliqué et pas toujours on a pu, grâce à lui, extraire la tête fœtale. Lepage (1), qui s'en est servi, a eu des lésions uréthro-vésicales. Pinard (2), à propos de ces lésions, parlant du levier préhenseur employé dans ce cas comme agent de rotation, dit qu'il « n'est vraisemblablement pas étranger à la production des lésions uréthrales ».

L'extraction terminée, la délivrance sera le plus souvent artificielle ; il n'est pas très rare d'observer à ce moment, soit par suite d'inertie utérine, soit par suite de déchirures du segment inférieur, des hémorragies très sérieuses, quelquefois effrayantes par leur abondance, hémorragies dont la gravité peut être augmentée par ce fait, que déjà une certaine quantité de sang aura été perdue au moment de la section de la symphyse et de l'écartement des pubis pendant l'extraction.

---

(1) *Ann. de gynéc.*, déc. 1900.
(2) *Ann. de gynéc.*, déc. 1900.

Bar cite le cas de l'opérée de Demelin qui eut une hémorragie colossale par inertie utérine et qui succomba quelques heures après l'opération.

Dans la thèse de Rubinrot, nous voyons citer neuf observations d'hémorragies utérines, qui, dit-il, ont été heureusement arrêtées « grâce à l'habileté de nos Maîtres ». Dans une de ces hémorragies, le pouls resta imperceptible pendant 6 heures. On comprend aisément les désastres qui seraient arrivés si de pareils accidents s'étaient produits entre des mains peu habiles.

Mais si momentanément, les femmes atteintes de pareilles hémorragies ont pu échapper à la mort, les manœuvres désespérées pour s'en rendre maître, font négliger souvent quelques-unes des précautions antiseptiques ; alors on voit apparaître tout le cortège des suppurations plus ou moins généralisées qui, chez des femmes anémiées, ont été plusieurs fois mortelles.

Peut-on incriminer la section de la symphyse comme étant la cause de ces hémorragies ? Certes, non ; mais les manœuvres d'extraction rapide, la longueur du travail et surtout l'anesthésie en sont les causes les plus importantes.

Le traitement obstétrical et général de ces hémorragies de la délivrance ne diffère en rien du traitement classique en pareil cas.

Nous avons signalé, lors de l'étude de l'écartement des os iliaques, les accidents et complications qui pouvaient se produire à ce moment-là, et nous avons ajouté que ceux-ci avaient plus de chances de se produire au cours de l'extraction fœtale, alors que les parties molles étaient distendues au maximum. Nous allons les étudier maintenant. Ce sont :

1° Des lésions des parties molles ;

2° Des hémorragies.

Mais avant d'aborder cette étude, il est très utile de faire savoir que ces différents accidents, exception faite des hémorragies, se produisent très rarement au moment de l'écartement des os iliaques, lorsque, bien entendu, cet écartement ne dépasse pas les limites raisonnables. Voici, d'ailleurs, l'opinion de Pinard (1) à ce sujet : « En tant que section de la symphyse et agrandissement du bassin, nous n'avons observé aucun accident ni aucune complication opératoires. »

Comme, d'autre part, lorsqu'on laisse l'accouchement s'effectuer spontanément, la plupart des auteurs signalent très rarement un des accidents ou complications que nous avons énumérés, on est en droit de conclure que la plupart de ces accidents sont dus à l'extraction du fœtus, que cette extraction ait lieu au forceps, avec le levier préhenseur-mensurateur de Farabeuf ou à l'aide de la version, avec les réserves que nous avons déjà faites à propos de cette dernière que lorsque les conditions sont favorables, elle expose beaucoup moins les parties molles.

1° *Lésions des parties molles : décollements plus ou moins grands ; déchirures des voies génitales et des viscères voisins.* — Peut-on accuser la symphyséotomie d'être toujours responsable de pareils accidents ? En un mot, peut-on dire que si la symphyséotomie n'avait pas été pratiquée, de pareils accidents ne se seraient pas produits ?

Pour pouvoir répondre à une pareille question, il est utile de savoir ce qui se passe dans un accouchement normal spontané ou artificiel sans symphyséotomie ; ensuite,

---

(1) *Ann. de gyn.*, janvier 1896.

on verra comment cette opération peut prédisposer à de pareils accidents, et si ces accidents sont réellement plus fréquents après symphyséotomie que si la symphyséotomie n'avait été pratiquée.

Dans tout accouchement normal, dit Bar (1), la distension de l'orifice cervical, de la paroi vaginale ne consiste pas seulement dans une sorte de déplissement, d'extension de ces parois, mais il se produit un véritable glissement de la paroi cervicale et de la paroi vaginale sur les organes voisins, glissement rendu possible par la laxité très grande du tissu cellulaire péricervical et périvaginal ; cette laxité est telle que la vessie et le rectum sont indépendants de la paroi vaginale, il y a pour ainsi dire une sorte de dislocation des viscères pelviens. Mais supposons que la distension ait été excessive ou bien qu'à la suite de lésions inflammatoires anciennes le tissu cellulaire ait perdu de sa laxité, alors au lieu de simples glissements, on observera de véritables déchirures dans ce tissu cellulaire, et si des vaisseaux importants sont atteints, du sang s'épanchera ; ainsi se forment *les gros thrombus périvaginaux et périutérins*.

Si de telles lésions peuvent se produire dans un accouchement naturel, elles seront plus grandes encore dans le cas où l'extraction artificielle du fœtus conduit à une brutale distension des parois, à des tractions défectueuses sur le fœtus et, par suite, sur les parties molles. C'est ainsi que *ces décollements* sont parfois très considérables au cours des applications de forceps, quand la tête est tirée rapidement à travers le vagin, quand on fait la

(1) Bar. *L'Obstétrique*, juillet 1899.

rotation alors que la paroi vaginale est fortement appliquée sur la tête.

Les risques sont à leur maximum quand l'extraction est faite alors que la dilatation du col est incomplète ; il y a ici non seulement distension des parois, mais encore traction exercée sur elles, parallèlement à l'axe génital (Bar).

Tout ce qui dans un accouchement naturel favorise les décollements pelviens, est également une cause de déchirure souvent profonde des parois de l'appareil génital (Bar). Dans un accouchement normal, la distension est-elle trop grande, le col éclate, le vagin se déchire en haut au niveau du cul-de-sac, en bas au niveau de l'anneau vaginal.

De pareilles lésions auront plus de chances encore de se produire au cours d'un accouchement artificiel. Ici, tout d'abord, nous avons les traumatismes inhérents à l'opération elle-même ; l'introduction des cuillers du forceps et, si l'on fait une version, celle de la main sont déjà des causes d'éraillures, celles-ci pourront devenir de véritables déchirures dans l'extraction consécutive artificielle, alors qu'on ne laissera pas aux tissus le temps de se distendre ; ces lésions seront à leur maximum quand on intervient alors que le col est incomplètement dilaté : *effraction du col allant jusqu'au segment inférieur, éclatement du tiers supérieur de la paroi vaginale*, *vastes déchirures du vagin*, *rupture de l'anneau vulvaire* (Bar).

Qu'il y ait ou non intervention, on comprend aisément que les chances de déchirures soient au maximum lorsqu'on a affaire à des vagins peu extensibles, soit à cause de vaginites antérieures, soit à cause du simple défaut de développement des parties molles, ainsi qu'il arrive si fréquemment lorsque le bassin est généralement rétréci.

Les déchirures des parois du canal, les décollements plus ou moins étendus dérivent des mêmes causes ; aussi les voit-on généralement coexister.

Ainsi donc s'expliquent ces vastes délabrements qu'on observe si fréquemment au cours des interventions faites chez les primipares ayant des bassins rétrécis : En haut, des arrachements de l'utérus, des déchirures incomplètes de l'utérus ; en bas, ces énormes décollements de la paroi vaginale antérieure, ces longues déchirures des parois vaginales, et plus bas ces déchirures du périnée et de la vulve.

Ces lésions seraient autrement graves si le tissu cellulaire, au lieu d'être assez lâche pour permettre le glissement de la paroi vaginale sur la vessie ou le rectum, était plus dense, comme il arrive notamment chez les primipares âgées, chez les femmes atteintes d'affections chroniques de la vessie (cystites), du vagin (vaginites) ou du rectum (hémorroïdes).

Le vagin alors ne pourra plus s'isoler des viscères voisins ; s'il se déchire, ses ruptures se propageront à ceux-ci avec la plus grande facilité, et on aura alors à compter non seulement avec les déchirures vaginales ou les décollements plus ou moins étendus, mais encore avec des ruptures parfois très larges du rectum ou de la vessie.

Si de telles lésions peuvent se produire au cours d'accouchements naturels ou artificiels, alors que la symphyséotomie n'a pas été pratiquée, peut-on alors rendre toujours cette opération responsable si de pareils accidents se produisent après symphyséotomie ?

Certains accidents, tels que déchirures du col dans l'extraction à travers ce col incomplètement dilaté, ne peuvent pas être mis à l'actif de la symphyséotomie. Il n'en reste pas moins évident que la plupart des accidents ci-

dessus décrits auront plus de chances de se produire après symphyséotomie, et sont incontestablement plus fréquents, alors que les parties molles sont distendues au maximum (Winckel) (1) et qu'elles ont perdu leur soutien osseux antérieur (Varnier) (2). Ensuite, par suite de la destruction d'une grande partie de fibres solides qui attachent le canal génital à l'arc antérieur du bassin, il se produit fréquemment, surtout chez les primipares, dans les manœuvres d'extraction, une sorte de descente de l'orifice externe du col et de la paroi vaginale, surtout lorsque le col oppose quelque résistance à l'extraction : il semble, dit Bar, que le fœtus passant à frottement dans le canal trop étroit formé par les parties molles, attirât et inversât les parois de celui-ci comme un doigt sortant d'un gant inverse sa paroi.

Cette tendance à l'inversion a pour effet d'accroître les déchirures du tissu cellulaire rétropubien, d'où chances plus grandes d'observer des hémorragies très sérieuses, d'amener dans la région pubienne des organes qui, tels que la vessie, le cul-de-sac antérieur du vagin, la face antérieure du segment inférieur, restent, chez une femme qui accouche normalement, au-dessus des pubis, et d'accroître ainsi les chances des blessures de ces organes ; et enfin de dilacérer par tractions les fibres d'attache antérieure qui n'ont pas été détruites auparavant, d'où risques plus grands de prolapsus utérin [Bar] (3).

Un autre mécanisme invoqué pour les déchirures des parties molles après symphyséotomie, est celui de Budin (4). Quand les pubis sont réunis, ils forment une

---

(1) Congrès de Breslau 1893. *Ann. de Gyn.*, août 1893.

(2) *Ann. de Gyn.*, avril 1895.

(3) Bar. *L'Obst.*, juillet 1899.

(4) *Bull. de la Soc. obst. et gynéc.*, nov. 1894.

surface plane ; mais lorsque la symphyse est sectionnée, les os étant écartés, leur extrémité libre forme, en arrière, deux angles coupants qui viennent appuyer sur les parois vaginales distendues. Celles-ci se trouvant comprimées entre les pubis et la tête fœtale ou le forceps, les crêtes coupantes entament les tissus.

Küfferath considère la déchirure des parties molles comme un des dangers les plus sérieux de la symphyséotomie. « Si ces accidents n'étaient pas à éviter d'une façon absolue, ils constitueraient un grave inconvénient de la section pelvienne. Heureusement ils le sont ; s'ils se produisent, ils sont dus à l'impéritie de l'opérateur. »

Ce jugement nous paraît trop sévère, lorsqu'on voit avec quelle fréquence ces accidents ont été observés par des maîtres de l'obstétrique. C'est ainsi que Pinard (1), dans le tableau annexe de son rapport au congrès d'Amsterdam, où se trouvent réunies les cent symphyséotomies pratiquées à la clinique Baudelocque par lui ou ses collaborateurs du 4 février 1892 jusqu'au 20 janvier 1899, a noté 15 cas de déchirures vaginales, soit une proportion de 15 pour 100. « Ces déchirures du vagin produisent une impression fâcheuse », dit Zweifel (2).

« Quand les parties molles, dit Léopold (3), prêtent peu, qu'elles sont en quelque sorte peu ouvertes et qu'on est forcé d'appliquer le forceps, surtout chez les primipares, elle entraîne (la symphyséotomie) des lésions, des déchirures multiples des parties molles ; toutes raisons qui m'autorisent à formuler la proposition suivante : Il faut le

---

(1) Pinard. Congr. d'Amsterdam. *Ann. de Gyn.*, sept. 1899.

(2) Congrès de Moscou. *Ann. de Gyn.*, oct. 1897.

(3) Léopold. Congrès de Rome. *Ann. de Gyn.*, mai et juin 1894.

plus possible éviter de faire la symphyséotomie chez les primipares. »

Jorand, dans sa thèse, a recueilli 50 observations de déchirures des parties molles. Dans les cas où la parité a été indiquée, on remarque que les primipares sont atteintes bien plus fréquemment que les multipares.

Les déchirures vaginales antérieures, lorsqu'elles sont profondes, font communiquer le vagin avec la plaie opératoire, mais, si la vulve est en même temps déchirée, elles peuvent communiquer avec la plaie opératoire et à travers les pubis et à travers la vulve déchirée.

Le pronostic de ces déchirures est généralement bénin. La plupart d'entre elles ont guéri à l'aide de quelques points de suture ou d'un simple tamponnement vaginal à la gaze iodoformée. Mais il n'en est pas toujours ainsi, elles peuvent s'infecter et être la cause d'accidents septicémiques graves.

Après avoir étudié les lésions des parties molles ainsi que leur mécanisme et indiqué la fréquence relative et le pronostic de certaines d'entre elles, nous allons passer maintenant en revue les différents moyens préconisés pour éviter ces déchirures, et nous terminerons par l'étude des accidents et complications urinaires de la symphyséotomie.

Nombreux sont les moyens préconisés pour éviter les déchirures des parties molles ; Varnier (1) conseille « une fois la tête engagée à fond et la rotation faite, peut-être même avant la rotation, de refermer le bassin, de réduire à 0 la brèche antérieure, de restituer aux parties molles leur soutien osseux, quitte, une fois la tête dégagée par déflexion, à laisser se rouvrir le bassin pour l'engagement

---

(1) Varnier. Bilan de la symphyséotomie.

et la descente des épaules, et à le refermer ensuite pour l'extraction finale. »

Pinard (2) conseille de dilater chez les primipares le bassin mou à l'aide du ballon de Champetier de Ribes, avant de pratiquer la section du bassin osseux ; excellent moyen, mais pas infaillible, puisque Pinard lui-même a eu chez des primipares des déchirures vaginales malgré l'emploi préalable du ballon. Schauta protège les parties molles avec la main placée au-devant de la symphyse. Freund, introduit un levier protecteur au contact de la paroi vaginale antérieure pour doubler les parties molles pendant la descente de la tête.

Parmi les autres moyens préconisés, citons : l'enroulement de la bande d'Esmarck autour du bassin (Freund et Multerheim); l'appareil à clef de Koffer, pour prévenir les déchirures molles et surtout vésicales dues aux arêtes pubiennes ; le tampon rétro-symphysien protecteur de la vessie ; l'incision cutanée transversale de Zweifel; l'incision courbe à sommet inférieur et parallèle à l'arcade pubienne (Porak) ; l'incision petite longitudinale et supérieure au-dessus des symphyses et ne les dépassant pas; l'incision petite et inférieure laissant à peine passer un bistouri au-dessous des symphyses, et faite à l'endroit où la muqueuse vulvaire succède à la peau (Ayers); laisser l'accouchement s'effectuer spontanément (Fritsch et Zweifel). Porak a recours aux incisions périnéales libératrices. Gaulard fait une large épisiotomie. Diamante, au congrès de Moscou, dit : « Il est rare d'observer au cours de l'extraction, après la symphyséotomie, des déchirures du périnée. Il y a une raison à cela. Tandis que la symphyse intacte fournit un appui à la partie antérieure du vagin en refoulant vers le périnée la partie fœtale qui

(2) *Ann. de gyn.*, janvier 1894.

se présente, cet appui disparaît dès que la symphyse est ouverte. Or, il faut fournir cet appui à la paroi antérieure du vagin en refoulant avec la main la tête vers le périnée, soit en réalisant cette manœuvre avec un instrument approprié. D'autre part, les incisions vagino-périnéales dégagent la paroi vaginale menacée. »

On voit par cette simple énumération que ce ne sont pas les procédés pour protéger les parties molles antérieures qui font défaut. Leur grand nombre n'est pas en faveur de leur efficacité. Néanmoins, quelques-uns de ces procédés sont d'une très grande utilité et la pratique a démontré que fréquemment ils pouvaient être efficaces, tels, par exemple, ceux de Varnier, de Pinard, de Fritsch, de Zweifel, etc.

Accidents et complications urinaires de la symphyséotomie.

Ces accidents peuvent être divisés en : 1° lésions proprement dites des voies urinaires ; 2° troubles urinaires purement fonctionnels, sans lésion apparente aucune, et 3° infection des voies urinaires (vessie et urèthre).

1° *Lésions des voies urinaires.* — Les mécanismes invoqués pour leur production, sont les mêmes que ceux invoqués pour les lésions des parties molles en général. Presque toutes les lésions urinaires ne sont que des complications des autres lésions des parties molles. Bien rarement, on trouve des lésions urinaires isolées.

Ces mécanismes sont en résumé les suivants :

a) Déchirure des parties molles antérieures au cours de l'écartement pubien et surtout au cours de l'extraction fœtale, par suite de leur surdistension transversale et de l'absence de leur soutien osseux antérieur.

b) Déchirure des parties molles distendues par les angles coupants des os pubiens ou par un seul os pubien, lorsqu'il s'agit d'un bassin ankylosé au niveau de l'une des symphyses sacro iliaques.

c) Déchirures des parties molles dues à la distension transversale mais aidée, par suite de la destruction d'une grande partie des fibres solides qui attachent le canal génital à l'arc antérieur du bassin, de la descente des parties molles pendant l'extraction fœtale, descente qui a pour effet d'amener devant la région pubienne, non protégée, des organes qui, tels que la vessie, le cul de-sac antérieur du vagin, la face antérieure du segment inférieur, restent chez une femme qui accouche normalement au-dessus des pubis, et les prédisposent ainsi à être blessées.

d) A toutes ces causes, on peut ajouter que les lésions des voies urinaires auront plus de chances de se produire lorsque, par suite d'affections chroniques de la vessie (cystite), du vagin (métrite), etc., le tissu cellulaire péri-génital n'est plus assez lâche pour permettre le glissement du canal génital sur la vessie et le rectum; le vagin ne peut plus s'isoler alors des viscères voisins. S'il se déchire, ses ruptures se propageront avec la plus grande rapidité aux organes urinaires, vessie et urèthre.

Certaines lésions des voies urinaires ne relèvent pas de ces différents mécanismes et leur cause est purement accidentelle, comme nous allons le voir plus bas à propos de certaines observations.

A propos des lésions des parties molles, nous avons étudié les moyens préconisés pour les éviter; nous n'y reviendrons pas.

Morisani (1) signale à peine les lésions de l'urèthre ou de la vessie qui, pour lui, doivent être évidemment attri-

---

(1) Congrès de Rome.

buées non au procédé opératoire, mais bien à des circonstances spéciales ou au manque d'habileté de l'opérateur. Cette critique nous paraît très sévère lorsqu'on pense que de pareilles lésions ont pu se produire entre les mains des plus habiles.

Nous avons pu recueillir 31 observations de lésions urinaires, les unes concernant la vessie ou la vessie et l'urèthre (18 observations), les autres l'urèthre seulement (13 observations).

a) Lésions de la vessie, ou de la vessie et de l'urèthre à la fois. — Ces lésions se produisent le plus souvent au moment de l'extraction fœtale. Leur mécanisme, nous le connaissons déjà. L'effraction vésicale se produit soit par déchirure, soit par section. Elle peut siéger soit sur la face antérieure, soit sur la face postérieure, soit sur les deux faces. Les conséquences de ces lésions urinaires sont la production de fistules vésicales ou uréthrales. Nous allons maintenant passer en revue les observations où la vessie, ou la vessie et l'urèthre ont été lésés. Dans les symphyséotomies faites à la clinique Baudelocque par Pinard et ses collaborateurs, nous trouvons mentionnée deux fois la déchirure de la vessie.

La première a trait à un bassin asymétrique et atypique vicié par coxalgie et sacrocoxalgie droite ; il s'agit d'une primipare opérée le 15 novembre 1893 (observation IX). Dans ce cas, il se produisit une fistule vésico-uréthro-vaginale d'origine traumatique et résultant de la pression exercée par l'angle du pubis immobile au moment de l'extraction de la tête fœtale par le forceps.

Pinard (1), parlant de cette observation, dit : « Cela ne m'a point étonné, car cette symphyséotomie a été une des plus osées qu'on puisse faire. En raison de la vicia-

(1) *Ann. de gynéc.*, janvier 1894.

tion pelvienne et de l'ankylose du membre inférieur droit, empêchant tout mouvement d'abduction, je ne pouvais, chez cette femme, songer à pratiquer l'ischio-pubiotomie. J'étais forcé de choisir entre l'opération césarienne et l'agrandissement du bassin par simple symphyséotomie. Mes mensurations m'ayant démontré que cette dernière opération permettrait le passage de la tête, je lui donnai la préférence, bien que redoutant le défaut de mobilité du côté droit du bassin après la section du pubis, mais certain que, si un accident se produisait, il ne pourrait compromettre la vie de cette femme.

« Effectivement, après la section de la symphyse, en provoquant moi-même l'agrandissement du bassin, je constatai que l'écartement du pubis ne se produisait pas d'une façon symétrique. La moitié gauche s'écartait librement, tandis que la moitié droite restait plus ou moins immobile, et il résulta, d'une part, que les deux surfaces de section ne furent bientôt plus dans le même plan, et que, d'autre part, tandis que l'une, la gauche, était éloignée de la ligne médiane, la droite, très petite, de par l'arrêt de développement, s'écartait peu du plan médian. Or, c'est contre cet obstacle, immuable ou à peu près, que la vessie, pressée par la tête entraînée par le forceps, fut lésée, et c'est ainsi que se produisit la fistule vésico-vaginale. »

Celle-ci fut opérée à deux reprises, mais la femme garda quand même sa fistule vésico-vaginale.

Varnier (1) tire de cette observation la conclusion suivante : « Lorsqu'on a des raisons de penser que la mobilité de l'une des symphyses sacro-iliaques est limitée, la symphyséotomie ne paraît pas devoir être l'opération de choix. »

---

(1) Congrès de Moscou. *Ann. de Gynéc.*, septembre 1897.

Dans la 2e observation, l'opérée de *Wallich* (1) le 20 novembre 1896 (observation XV), les lésions sont plus considérables. « La vessie est réduite à son bas-fond, sa paroi postérieure, une partie du sommet et les parois latérales ; il n'existe plus de paroi antérieure ni d'urèthre. Cette calotte vésicale adhère en haut au tiers supérieur de la face postérieure de la symphyse et sur les côtés à la face postérieure des branches descendantes des pubis. La muqueuse fait hernie à travers une brèche mesurant toute l'étendue comprise entre le col utérin et l'ogive pubienne. A gauche, il existe un cordon fibreux, du volume du petit doigt, vestige probable de l'urèthre détruit. »

Plusieurs opérations autoplastiques furent pratiquées sur cette femme, et en septembre 1897 elle était encore en traitement.

Varnier (2), se demandant quelle a été la cause de ce délabrement vésico-uréthral, dit :

« Ici encore il s'agit d'une complication de l'extraction, d'une déchirure du pont des parties molles tendu et non soutenu, entre les pubis maintenus écartés, au cours d'une extraction par le forceps qui, je ne saurais trop le répéter, tire trop en avant. »

Se demandant plus bas pourquoi n'y a-t-il pas eu seulement déchirure vaginale mais déchirure vésico-vaginale, il dit : « Je crois que l'explication doit être celle-ci, par suite de la résistance de l'orifice utérin incomplètement dilaté (il fallut 13 minutes d'efforts énergiques pour triompher de cette résistance), la vessie s'est trouvée attirée avec lui et maintenue dans le pont des parties molles soumis à la distension, au lieu d'être, comme à l'habitude, entraînée loin de la région dangereuse par l'ascension du col qui

(1) Congrès de Moscou. *Ann. de Gyn.*, sept. 1897.
(2) *Ann. de Gyn.*, 1897.

accompagne la sortie de la tête au travers d'un orifice complètement dilaté ou dilatable. »

Dans les observations recueillies dans la thèse de Jorand, nous trouvons que l'opérée de Scibelli (obs. I), eut une fistule vésico-vaginale ; celle de Mancusi (obs. II), eut de même une fistule vésico-vaginale ; l'opérée de Tellier (obs. III) a eu, en plus de l'effrayante hémorragie qui avait demandé trois quarts d'heure pour être arrêtée, une déchirure vésico-uréthrale ; l'écartement dans ce cas a été énorme, il est évalué à plus de 10 centimètres. La femme succomba d'ailleurs deux heures après. Tellier attribue la mort de son opérée à l'hémorragie, à la longueur de l'opération, au shok traumatique, conséquence de l'hémorragie, de la longueur de l'opération et peut-être aussi de la déchirure de la vessie.

L'opérée de Müllerheim (obs. IV) a eu en plus des suites de couches pathologiques, une fistule vésico-vaginale. Chez celle de Schauta (obs. VI) on constata une déchirure vésicale. Chez celle de Madurowicz (obs. VII) il se produisit, en plus des autres complications, une rupture de la vessie en avant et à droite. Après des suites pathologiques il persista une fistule vésicale dont l'orifice externe était situé au niveau du vestibule à côté du méat urinaire.

Wotherspoon (obs. VIII) constata chez sa symphyséotomisée une déchirure commençant au côté gauche du méat urinaire et s'étendant le long du côté de l'urèthre empiétant sur la vessie. Cette déchirure a été réparée et la malade est guérie aujourd'hui. Chez l'opérée de Moussous (obs. X) il se produisit un véritable délabrement des parties molles, la presque totalité des parties molles situées au devant de la symphyse se déchira complètement. Dans ce cas l'écartement était d'environ 8 centimè-

tres. Le 16 avril, cinq mois après la symphyséotomie, on fait passer la femme au service du professeur Demons qui doit réparer la fistule vésico-vaginale. Sur la partie antérieure du vagin, en un point correspondant au bas-fond de la vessie, part une fente ou fistule vésico-vaginale de 2 à 3 centimètres de largeur se dirigeant en avant et sur la ligne médiane.

La femme, opérée à trois reprises différentes, ne sort guérie que le 7 juin, c'est-à-dire environ 7 mois après la symphyséotomie.

Chez l'opérée de Jarman (obs. XI), pendant l'extraction fœtale la vessie fut comprimée contre l'angle des pubis et déchirée. La blessure de la vessie dans ce cas guérit sans difficulté. L'opérée de Lepage (obs. XII) perdait ses urines deux jours après l'accouchement. On pensa d'abord à de l'incontinence d'urine. Le 28 septembre, 22 jours après l'opération, M. Lepage, examinant la malade, vit sourdre de l'urine par le col utérin et fit le diagnostic de fistule vésico-utérine. Le 30 octobre la femme perdait encore ses urines en marchant. « Mais peut-être pourrait-on incriminer ici les applications de forceps antérieures » (Jorand).

L'opérée de Büssemaker (obs. XIV) eut une fistule vésico-vaginale qui persistait encore à sa sortie, qui eut lieu environ deux mois après.

Lepage, dans les *Annales de Gynécologie* de 1900, nous signale qu'une de ses symphyséotomisées (obs. XVII) eut une fistule vésico-vaginale, opérée avec succès par M. Baudron. L'opérée de Queirel (obs. XVIII) eut une large fistule vésico-uréthro-vaginale. M. Forgue fit chez cette femme trois opérations autoplastiques : le résultat au point de vue de la réfection de la cloison recto-vaginale fut très satisfaisant, mais il n'en fut pas de même de

la reconstitution fonctionnelle. A sa sortie de l'hôpital, la malade perdait encore de temps en temps une partie de ses urines.

A côté de ces observations,où nous voyons des déchirures sérieuses de la vessie ou de la vessie et de l'urèthre, il en est d'autres où la vessie n'est pas déchirée mais simplement étirée, ses faisceaux superficiels sont seuls déchirés ; il n'est pas douteux que dans ces cas, pour peu qu'il y ait infection, on pourra observer du sphacèle de la paroi amincie et la formation de fistules secondaires. Dans ces cas, l'opération terminée, on n'observe rien d'anormal; cependant deux ou trois jours plus tard l'urine s'écoule soit par le vagin soit par la plaie symphysaire. L'opérée d'Ayers Edward (obs. XIII) eut une incontinence d'urine produite, croyons-nous, par une escarre de la base de la vessie, mais ici la production de cette escarre est due à l'existence préalable de tissu cicatriciel.

Dans quelques cas rares la déchirure vésicale est d'origine purement accidentelle. Tel est le cas de Fritsch (observation V) qui constata le neuvième jour une incontinence d'urine et l'existence d'une fistule vésico-vaginale. L'auteur attribue la fistule à ce que dans le cours de l'opération, dans le but d'éviter une hémorragie profonde, il avait fait des sutures. L'aiguille a pu atteindre la vessie, le fil s'est coupé plus tard et produit la fistule qui a été réparée ultérieurement.

Zweifel (obs. XVI), au Congrès de Moscou, cite un cas où, la gaze iodoformée placée en arrière de la symphyse s'étant échappée, il se servit pour la ramener au dehors d'une pince avec laquelle il lésa la vessie ; la guérison fut spontanée mais longue à obtenir.

De ces 18 femmes qui avaient des lésions vésicales ou vésico-uréthrales, 2 moururent : l'une (Tellier), peu de

temps après l'opération, d'hémorragie et de shok ; l'autre succomba, le trente-troisième jour, de pneumonie. Restent donc 16 femmes dont les lésions vésicales ou vésico-uréthrales eurent pour conséquence la production de fistules vésico-utérine, vésico-uréthro-vaginales ou vésico-vaginales. De ces 16 femmes, 6 guérirent : deux spontanément, l'une est celle de Jarman, l'autre est celle de Zweifel ; deux autres après suture immédiate (Schauta et Wotherspoon) ; les autres par une opération ultérieure (Lepage, Fritsch).

Il reste ainsi 10 femmes chez lesquelles la fistule vésicale persista ; dans certains cas même, malgré des opérations nombreuses et des mieux conduites, on n'est pas parvenu à guérir les femmes qui en étaient atteintes.

Quoique ces fistules ne soient pas graves *quoad vitam*, il n'en reste pas moins vrai qu'elles constituent pour ces malheureuses femmes une infirmité des plus pénibles et des plus tristes, qui les oblige souvent à se retirer de la vie commune.

L'impossibilité dans laquelle on se trouve, vu l'étendue de quelques-unes de ces lésions, de voir réussir la reconstitution autoplastique, ainsi que, d'ailleurs, quelques-unes de nos observations en font foi, pourrait conduire à pratiquer des opérations telles que celle de Maydl, qui sont loin d'être sans gravité.

b) Lésions de l'urèthre. — Les déchirures uréthrales ainsi que les arrachements ne sont, le plus souvent, que des complications des déchirures vagino-vulvaires. En voici quelques exemples. Dans l'obs. XIX, nous voyons signalé simplement fistule uréthro-vaginale. Dans celle de Tollemer (obs. XX), après une application de forceps après symphyséotomie, on remarque qu'il s'écoule du sang par l'urèthre, il se produit, en outre, une déchirure vestibu-

laire ; on essaye, après l'opération d'introduire une sonde dans la vessie, mais après avoir parcouru 1 cm. environ, derrière le méat, la sonde sort dans le tissu cellulaire et il est impossible de trouver le bout postérieur de l'urèthre. L'urine, les jours suivants, s'écoule par la fissure. A sa sortie, la malade urine exclusivement par le méat. Ici donc nous sommes en présence d'une fistule uréthro-symphysienne consécutive à une déchirure de l'urèthre. Chez l'opérée de Chroback (obs. XXI), qui succomba le lendemain de l'opération, on observa des lésions très graves des parties molles, l'urèthre était détaché du clitoris et on eut beaucoup de peine à le trouver.

Dans l'observation XXII, de Smily, il se produisit une déchirure de l'urèthre et des parties molles, l'urèthre fut suturé, mais la réparation échoua, l'incontinence consécutive céda à une opération ultérieure. Dans l'obs. XXIV, nous voyons également une déchirure des parties molles, avec déchirure uréthrale, la fistule consécutive fut ultérieurement réparée.

Dans l'obs. XXV, il s'agit de l'autopsie d'une femme symphyséotomisée chez laquelle l'urèthre était rompu. Chez l'opérée de Latis (obs. XXXI), il se produisit, au moment de l'extraction fœtale, une déchirure de la paroi vaginale antérieure et une déchirure de l'urèthre; chez cette femme il y eut, en outre, une incontinence d'urine qui dura 8 mois.

L'opérée de Carr (obs. XXX) eut le 12[e] jour une fistule au niveau de la cicatrice, par laquelle s'écoulait de l'urine non purulente. La fistule se referma. Dans ce cas il s'agit d'une fistule uréthro-symphysienne par déchirure de l'urèthre causée par les bords tranchants des pubis.

Dans certains cas l'urèthre n'est pas déchiré et sans

qu'il y ait déchirure du vagin il est simplement étiré, sa paroi en partie déchirée est très amincie.

Ces lésions peuvent avoir pour conséquence une tendance à l'incontinence d'urine, comme nous le verrons plus loin ; mais aussi la fragilité de la paroi uréthrale peut devenir telle, qu'au cours du cathétérisme, même très prudemment pratiqué, on perfore l'urèthre. Tel le cas de Zweifel (observation XXVIII) qui eut une perforation de l'urèthre par l'emploi d'un cathéter d'homme, on fit la suture et la femme guérit simplement. Chez l'opérée de Bar (observation XXVI) on pratiqua le deuxième jour le cathétérisme, on vit s'écouler de la sonde la valeur d'un verre à bordeaux de sérosité sanguinolente, en même temps on put sentir le bec de la sonde dans l'espace intersymphysien. On plaça immédiatement une sonde molle à demeure. La cicatrisation de l'urèthre se fit rapidement.

Ces amincissements, ces éraillures de l'urèthre peuvent devenir l'origine de fistules uréthrales secondaires par sphacèle. En voici quelques exemples : la femme de l'observation XXIX eut un abcès urineux le quinzième jour « qui n'a pas eu probablement d'autre origine » dit Bar.

Chez l'opéré de Rubeska (observation XXIII), on constata le treizième jour que l'urine suintait par l'angle inférieur de la plaie : la fistule uréthrale se ferma spontanément pendant la réunion par deuxième intention. Très probablement ici aussi il s'agit d'une fistule uréthrale secondaire par sphacèle. Voici maintenant des complications uréthrales de cause purement accidentelle.

Chez l'opérée de Zweifel (observation XXVII), l'urèthre, au moment où on enlevait la gaze, se trouva pris entre les pubis; consécutivement il y eut une faiblesse de ce canal dont on triompha à l'aide de la dissection circulaire de l'urèthre, décollement de l'urèthre du cartilage, torsion de

l'urèthre à 90°, suivant la méthode de Gersumy et suture de l'urèthre dans cet état de torsion. Porak (opération le 28 juillet 1895), vit, au moment de la section pubienne sourdre du fond de la plaie un liquide citrin par un petit orifice circulaire qui ne put être retrouvé après l'opération ; il croit avoir blessé l'urèthre. Champetier de Ribes observa une rupture de l'urèthre dans les essais de forcipressure des vaisseaux. Ces deux derniers cas ne se trouvent pas parmi nos observations.

2° *Troubles urinaires purement fonctionnels sans lésion extérieure apparente.*

a) Parésies vésicales. — Elles durent habituellement quelques jours, mais quelquefois elles peuvent durer bien plus longtemps, comme le prouvent les deux observations de Charles (obs. LIII) et de Rochet (obs. LVIII), chez lesquelles la parésie vésicale a duré environ deux mois.

b) Incontinence d'urine. — L'incontinence est probablement due à ce fait que la partie de la vessie voisine de l'urèthre et ce canal lui-même ont été violemment étirés pendant l'accouchement, peut-être aussi les fibres sphinctériennes ont-elles été en partie déchirées sans qu'il y ait eu rupture du canal uréthral (Bar) ; à cette pathogénie on peut ajouter pour certains cas la suivante : l'incontinence est due à ce que le col de la vessie ou la vessie elle-même se trouve comprise dans la cicatrice fibreuse rétro-pubienne. L'observation XLVIII en est l'exemple le plus frappant ; ici, le col se trouvait tellement béant qu'il admettait le passage facile d'un doigt. Nous avons pu recueillir quarante observations d'incontinence d'urine. La durée de celle-ci est variable, dans certains cas elle dure seulement quelques jours ou quelques semaines, comme on peut en juger par la lecture de nos nombreuses observations, mais dans d'autres cas elle est plus tenace et

plus persistante ; qu'on en juge par les quelques exemples suivants : l'opérée d'Hageman (obs. XL) eut une incontinence d'urine qui dura environ trois mois ; celle de Latis (obs. XXXI) eut une incontinence d'urine qui dura huit mois ; chez celle de V. Dittel Junior (obs. XLI), l'incontinence persista malgré les courants faradiques; on lui pratiqua quelque temps après la colporrhaphie, elle devint continente, mais, dit V. Dittel Junior, il n'est pas encore complètement certain que la femme reste continente après cette opération.

L'opérée de Mullerheim, revue 8 mois après son opération, était encore incontinente malgré l'emploi du pessaire de Meyer ; chez celle de Bar (obs. LVII) l'incontinence d'urine a persisté pendant dix-huit mois, au bout desquels la malade pouvait être considérée comme guérie. Cependant quand Bar la revit en 1899, 3 ans environ après la symphyséotomie, l'urine s'écoulait encore involontairement, mais en petite quantité, quand elle était fatiguée ou quand elle faisait effort.

Celle de Braun (obs. XXXVII) eût un mois après de l'incontinence d'urine. Electricité, massage, peu de résultats. On fait la torsion de l'urèthre d'après la méthode de Gersumy (270°). Six mois après elle est continente, mais en soulevant de fortes charges, elle perd encore involontairement ses urines. Revue le 14 juin 1894, plus d'un an après son opération, elle avait encore de l'incontinence d'urine en soulevant de fortes charges.

Pinard constate chez sa 89e symphyséotomisée (obs. LXVI), lors de sa levée, un certain degré d'incontinence d'urine qui n'avait pas paru pendant son séjour au lit. Celle-ci s'atténue chaque jour et, dit-il, nous avons lieu d'espérer qu'elle disparaîtra et que nous ne serons pas obligés d'intervenir pour remédier à cet état de choses. Celle de Lepage

(obs. LXX) eut une incontinence d'urine qui persista malgré des opérations des mieux conduites. Chez une autre opérée de Bar (obs. LXIV), l'incontinence d'urine persistait encore plus d'un an après, et elle est telle, dit-il, qu'elle constitue une véritable infirmité. L'opérée de Queirel (obs. LXII), revue un an après, était atteinte d'une légère incontinence d'urine qui survenait pendant le rire et les efforts. Celle de Thisquen (obs. XLIX) eut de l'incontinence d'urine qui, au bout de 8 mois persistait encore. Bué, (obs. XLVIII) signale chez son opérée une incontinence d'urine que rien n'arrive à guérir. Elle sort au bout de 5 mois avec une incontinence absolue d'urine. Chez celle de Kufferath (obs. XLVI) l'incontinence d'urine 7 mois après persistait encore. L'opérée de Ribemont (obs. XXXIV) rentre dans le service de Tuffier, environ un an après sa symphyséotomie. Depuis son opération elle perd continuellement ses urines ; on pratique chez elle une symphyséorraphie, l'incontinence diminue, elle sort guérie. Revue plus de deux ans après, elle dit que son incontinence reparut aussitôt après sa sortie et plus intense même qu'auparavant et qu'elle a toujours persisté depuis.

L'opérée de Beltrami (obs. XXXII), dans le service de M. Queirel, en 1898, revue 6 ans après, était atteinte d'une ankylose presque complète de l'articulation coxo-fémorale droite, de l'atrophie de tout le membre inférieur du même côté, et d'une légère incontinence d'urine qui survenait de temps en temps. Tous ces accidents sont survenus peu de temps après l'opération. Enfin, l'opérée de Schwartz (obs. XLV) eut comme suites désagréables de la symphyséotomie une longue incontinence des matières fécales et une incontinence d'urine plus longue encore.

Tous ces faits sont assez éloquents pour se passer de commentaires.

3° *Infection vésico-uréthrale.* — Cet accident est excessivement fréquent, il n'est pas de statistique où on n'en signale pas de nombreuses observations, si dans certains cas il est bénin et passager, et est dû à un cathétérisme qu'il est nécessaire de faire pendant les premiers jours, dans d'autres cas il est plus grave, car il tient à une cause plus générale, la septicémie, dont il n'est qu'une des manifestations.

La plupart de nos observations ayant été recueillies çà et là, il nous est impossible d'en faire le pourcentage général ; nous le ferons seulement pour celles qui font partie de différentes statistiques.

a) Lésions urinaires graves :

Pinard sur	100	symphyséotomies	en a eu	2
Bar	— 20	—	—	0
Totaux	120	—	—	2

Soit 1,63 0/0

b) Incontinence d'urine persistante ou de longue durée :

Statistique	Rubinrot	136	symphys.	12 cas
—	Bar	22	—	2 cas
Totaux		158	—	14 cas

Soit 8,8 0/0

Nous venons de terminer l'étude des accidents et complications urinaires de la symphyséotomie. En nous résumant, nous pouvons dire que si, dans certains cas, ces accidents n'ont pas été bien graves, n'ayant déterminé que

des lésions ou des troubles de peu d'importance et de courte durée, il n'en est pas moins vrai que dans un grand nombre de cas et à cause des nombreuses opérations qu'on est obligé de pratiquer pour réparer les lésions des parties molles, ce qui est déjà un élément d'aggravation de leur pronostic et une perte de temps considérable pour la malade, et à cause de leur persistance, malgré les traitements les mieux conduits produisant ainsi, qu'il s'agisse de fistule ou d'incontinence, une infirmité des plus pénibles et des plus tristes pour ces malheureuses femmes, ils ont aggravé considérablement le pronostic éloigné de la symphyséotomie.

2° *Hémorragies.* — Les hémorragies peuvent survenir à deux moments différents.

a) Quand on incise l'arcuatum et quand on écarte les pubis.

b) Au moment de l'extraction de l'enfant.

Ces hémorragies sont considérées très diversement par les différents auteurs.

Pinard (1), parlant de ces hémorragies, dit : « Ce que nous avons constaté dans 68 cas me permet d'affirmer qu'aucune hémorragie dangereuse n'est à craindre pendant une symphyséotomie bien faite. »

Varnier (2), parlant de l'observation de Treub, dit « qu'après la section complète et l'écartement de 4 centimètres il se produise un écoulement sanguin veineux d'apparence terrifiante, nous n'y contredisons point. C'est presque la règle. Mais qui ne s'attarde pas et tamponne immédiatement, cette hémorragie n'a rien d'incoercible. »

---

(1) *Ann. de gynéc.*, janvier 1896.

(2) *Ann. de gynéc.*, novembre 1893.

Zweifel (1), parlant des hémorragies, dit : « La perte, par sa violence subite, peut bien quelque peu déconcerter, mais, dans tous les cas, on est surpris de l'efficacité sûre et rapide du tamponnement après rapprochement des extrémités pubiennes. »

Ces hémorragies peuvent avoir lieu au moment de la section du ligament arqué, l'instrument pouvant alors blesser les plexus veineux rétropubiens et donner lieu à une hémorragie plus ou moins abondante. Mais le plus fréquemment l'hémorragie apparaît au moment de l'écartement des os iliaques et de l'extraction du fœtus. Elle est due alors soit à la déchirure du tissu cellulaire et des plexus veineux prévésicaux, soit à la rupture de l'un ou des deux corps caverneux du clitoris, soit même à ces deux causes réunies. Quelquefois, ces hémorragies peuvent provenir des lésions des parties molles.

L'hémorragie est rarement artérielle ; elle est le plus souvent veineuse. Tantôt on reconnaît nettement son origine au niveau des plexus veineux et l'on voit au fond de la plaie la paroi antérieure blanche de la vessie. Tantôt le sang envahit rapidement toute la profondeur de la plaie et on ne se rend pas bien compte d'où sourd le sang.

Les hémorragies sont le plus souvent peu intenses, mais quelquefois elles peuvent être considérables, effrayantes, foudroyantes même.

C'est ainsi que Jorand, dans sa thèse, cite cinq observations dans lesquelles l'hémorragie causa la mort de la femme ; trois de ces observations sont comprises dans

---

(1) Congrès de Moscou. *Ann. de gynéc.*, octobre 1897.

les 278 de la statistique de Neugebauer (1), ce qui fait une mortalité par hémorragie de 1,08 p. 100.

Quant à la fréquence relative de ces hémorragies, si on se rapporte à cette même statistique, elle est d'environ une fois sur sept.

Quel en est le traitement ? La plupart des auteurs conseillent de faire le tamponnement ; tel est l'avis de Morisani, de Varnier ; d'autres, comme Kufferath, en plus du tamponnement font rapprocher les cuisses.

Zweifel dit : « Dans les cas d'hémorragie survenant brusquement au moment du passage de la tête fœtale, le moyen le plus simple et le plus efficace est de faire le rapprochement rapide des os iliaques combiné avec le tamponnement par de la gaze iodoformée ou stérilisée en avant et en arrière de la symphyse et une contre-pression par le vagin. Pinard, parlant de ces hémorragies, dit : « Deux choses seules sont à faire en face de ces cas : tamponner la plaie et extraire le fœtus aussi rapidement que possible. »

En effet, les moyens préconisés ont suffi dans la grande majorité des cas pour arrêter les hémorragies les plus abondantes, mais il n'en a pas toujours été ainsi,

Dans certains cas, on est obligé d'avoir recours à des ligatures, à des sutures et même dans l'observation de Tellier, on eut recours, pour maîtriser l'hémorragie considérable, au thermocautère. On comprend aisément que tous ces moyens d'hémostase peuvent avoir pour conséquence immédiate des lésions des parties molles ; ensuite

(1) Neugebauer. — Ueber die Rehabilitation der Schamfugen trennung oder Symphyseotomie durch die Geburtshülfliche Schule in Neapel. Leipzig, 1893.

les manœuvres désespérées pour s'en rendre maître peuvent faire négliger souvent les précautions antiseptiques, et c'est ainsi que, comme conséquences tardives, nous voyons apparaître des suppurations plus ou moins sérieuses.

Pour prévenir ces hémorragies, Farabeuf conseille d'employer la gouttière métallique qui est introduite de bas en haut derrière la symphyse après avoir sectionné le ligament suspenseur du clitoris; celle-ci ne peut avoir pour résultat que de protéger les plexus veineux prévésicaux au moment de la section du ligament arqué, mais elle ne peut rien contre les déchirures de ces plexus ou des corps caverneux au moment de l'écartement pubien et de l'extraction fœtale.

Koffer et Harris conseillent de détacher largement les parties molles des pubis après la section de la symphyse.

Porak (1) préconise un manuel opératoire spécial qui permettrait de faire l'hémostase avant la section de la symphyse. Il fait une incision demi-circulaire au-dessus de la commissure supérieure des grandes lèvres, dissèque le lambeau inférieur en rasant l'os, en ouvrant l'albuginée et en libérant les deux corps caverneux du clitoris..... Ce moyen nous paraît compliquer un peu trop cette opération qui, pour être pratique, doit être simple ; ensuite son emploi n'a pas toujours préservé des hémorragies.

Ce qu'il y a de mieux à faire, c'est : a) de décoller largement les parties molles des pubis avec le doigt introduit derrière la symphyse ; b) de détacher les insertions des corps caverneux du clitoris d'avec les branches ischio-pubiennes ; c) de procéder très lentement à l'écartement

---

(1) Thèse Jorand.

des deux os iliaques ; d) de bien surveiller *de visu* ou *de manu* si le tissu cellulaire rétro-pubien ou les corps caverneux du clitoris ne sont pas trop tendus et dans ce cas d'aider à leur décollement ; e) d'éviter de pratiquer l'extraction fœtale alors que le col n'est pas complètement dilaté ; dans ces cas, en effet, le col, par sa descente en bas, rétracté qu'il est autour de la tête fœtale, a pour conséquence de déchirer le tissu cellulaire rétro-pubien et de produire des hémorragies.

III. Réparation de la symphyse pubienne. — L'extraction ainsi que la délivrance terminées, la partie vraiment obstétricale de l'opération est terminée. On revient alors à la plaie symphysienne qu'il s'agit de réparer. Nous ne nous occuperons pas dans ce travail des moyens employés pour réparer les dégâts causés par la section pubienne ou par l'extraction fœtale.

Quand on procède à la fermeture du bassin, deux accidents peuvent se produire, qui sont : *a*) la prise de la vessie faisant hernie à travers les pubis, si on ne prend pas bien ses précautions ; *b*) la difficulté qu'on éprouve parfois à rapprocher les os iliaques, ceci surtout chez les femmes qui ont de nombreuses cicatrices vagino-vulvaires. Dans le premier cas, on a conseillé de mettre une sonde dans la vessie, mais Fieux objecte très justement que si la respiration est forte et à type abdominal, elle n'empêchera pas les parois flasques de l'organe de pointer en avant. Il vaut mieux, dit-il, « par la partie supérieure de la plaie retenir la vessie, soit au moyen d'un tampon, soit à l'aide du doigt, jusqu'à ce que la coaptation des deux os soit bien assurée ».

Faut-il faire la suture osseuse ?

Faut-il simplement faire la suture des fascias fibro-aponévrotiques présymphysiens ?

Faut-il tout simplement rapprocher les pubis, immobiliser les os iliaques et ne faire qu'une suture simplement tégumentaire ?

Ou ne faut-il pas même immobiliser les os iliaques ?

Doit-on faire, oui ou non, le drainage de la plaie symphysienne ?

Telles sont les différentes questions que l'on se pose au moment où l'on va procéder à la réparation de la symphyse pubienne.

Zweifel (1), au congrès de Moscou, dit :

« Le plus grand nombre des cas de mort, des incidents regrettables qui découragent les médecins et les retournent contre la symphyséotomie sont des conséquences de l'infection pyogène et septique de la plaie symphysaire. Aussi le traitement des clapiers, des espaces cruentés produit au cours de l'opération, représente-t-il la pierre angulaire de l'opération. » Si, l'hémostase réalisée et la suture bien faite sans drainage, il n'y a pas d'infection, tout guérit bien ; mais s'il y a infection, on court, dit-il, de gros risques, parce que la plaie opératoire de la symphyse crée des conditions particulièrement défavorables « à cause de l'écoulement secondaire du sang, des sécrétions au niveau de la plaie et du défaut d'élimination ».

Aussi est-il d'avis de recourir toujours au drainage.

Le procédé qu'il avait conseillé au Congrès de Moscou pour drainer l'espace rétro-symphysien et qui consistait à placer derrière la symphyse de la gaze qu'il faisait ressortir au dehors par en haut et qu'on raccourcissait gra-

---

(1) *Ann. de gynéc.*, oct. 1897.

duellement les jours suivants ne lui ayant pas donné les résultats auxquels il s'attendait, préconise-t-il alors plus tard (1) un autre procédé qui consiste à drainer par en bas l'espace prévésical post-symphysien, la cavité de Retzius.

L'idée de ce nouveau procédé fut suggérée à Zweifel par l'observation suivante : Chez les femmes qui avaient des déchirures vaginales communiquant avec la cavité de Retzius, les suites, au lieu d'être mauvaises, étaient, au contraire, bonnes et apyrétiques. Depuis lors, chez toutes ses symphyséotomisées, après avoir perforé le vagin, sans rien blesser d'important, il applique un drain en caoutchouc soutenu par un tube en verre, qui va du ligament pubien supérieur à la vulve ; il raccourcit ensuite graduellement ce drain jusqu'à ce qu'il puisse le supprimer complètement. En cas d'infection utéro-vaginale, au lieu de drainer par le vagin, il dirige le bout inférieur du drain par l'une des grandes lèvres. Les résultats obtenus par ce procédé furent remarquables depuis son emploi, ses opérées ont des couches apyrétiques, alors qu'auparavant la plupart étaient longtemps fébricitantes,

Zweifel apprécie ainsi son drainage : « En raison de l'importance du traitement de l'espace de Retzius, tous les autres actes de la symphyséotomie passent au second plan. »

A propos de la réparation de la symphyse pubienne, Zweifel est partisan de la suture osseuse ou tout au moins du rapprochement intime des pubis par la suture des fascias et des cartilages.

---

(1) Zweifel. — Die symphyséotomie mit besonderer drainage des Spatium praevesicale sine cavum Retzii per vaginam. Centralbl. für Gynæk. Leipz., 1902, XXVI, 321-326.

Morisani et Bar sont partisans de la simple suture tégumentaire qui, dit ce dernier, donne d'excellents résultats ; Bar conseille, en outre, d'avoir recours au drainage toutes les fois qu'on soupçonne que la plaie symphysienne ait pu être infectée.

Pinard (1) dit : « Cependant, d'après ce que j'ai vu, aussi bien cette année que les années précédentes, je crois que s'il est bon, dans la pluralité des cas, de continuer à suturer et à fermer complètement et immédiatement la plaie symphysienne de manière à obtenir une réunion par première intention, il est préférable, dans les cas où la plaie n'est pas nette et surtout parfaitement asséchée, de pratiquer le drainage...

« Et cela aussi bien pour éviter l'infection de la plaie que l'hématome rétro-symphysien qui consécutivement peut se produire.

« C'est ainsi que je procèderai à l'avenir. »

Les appareils contentifs employés après la symphyséotomie pour maintenir le bassin sont le hamac de Tarnier (incommode), l'appareil de Guéniot (excellent mais très coûteux), un simple bandage plâtré ou une bande de caoutchouc bien appliquée sur les trochanters au-dessus d'un bandage épais. Mais doit-on employer un de ces appareils ?

Varnier (2) ayant procédé à des mensurations sur l'écartement des os pubiens après symphyséotomie et ayant remarqué, comme nous le verrons plus loin, qu'un écartement de 3 ou 4 cm. est sans grand inconvénient sur la statique pelvienne à condition qu'il y eut une union fi-

(1) *Ann. de gynéc.*, avril 1898.

(2) *Ann. de gynéc.*, novembre 1899, p. 529.

breuse solide des pubis, il est naturellement porté à conclure qu'il n'est pas toujours rationnel, après la symphyséotomie, de diriger les efforts vers le retour à l'état antérieur, et que s'il est un moyen de permettre aux pubis de se réunir à distance, il faut, dit-il, user de ce moyen.

Doléris, qui a renoncé aux appareils et qui met une simple bande de flanelle, dit n'avoir jamais observé de troubles de la marche ; il conclut, après la communication de Varnier, qu'on doit plutôt après la symphyséotomie chercher à maintenir l'écartement des pubis en vue des accouchements ultérieurs.

De ces conclusions, il semble résulter que dorénavant il est inutile de faire la suture osseuse ou la suture fibro-aponévrotique, la simple suture tégumentaire étant suffisante, ou d'employer un appareil quelconque pour maintenir le bassin, une simple bande de flanelle étant suffisante.

Fieux (1) conseille d'avoir recours pour l'occlusion de la plaie symphysienne à la traumaticine ; le dixième jour la croûte protectrice de gutta-percha est enlevée ainsi que tous les points de suture, la réunion est parfaite. Ce pansement nous paraît excellent.

Après l'opération, la femme restera couchée sur le dos ou sur le côté, elle se lèvera, quand tout a été régulier, vers le vingtième ou vingt-cinquième jour, car, en effet, vers le quinzième jour, le bande fibreuse rétro-symphysienne est déjà solide.

Doit-on immobiliser si longtemps les symphyséotomisées ?

Tel n'est pas l'avis de Cornelius Cristeanu (2), de

---

(1) *Ann. de gynéc.*, janvier 1898.

(2) *Ann. de gynéc.*, août 1902.

Bucarest, qui prétend qu'après la symphyséotomie l'immobilisation n'est pas utile, plutôt nuisible. La cicatrisation des symphyses et des plaies opératoires, dit-il, n'est pas du tout influencée par les mouvements faits dès le premier jour; les mouvements normaux se rétablissent tout aussi bien en faisant exécuter au malade des mouvements.

Cette façon de procéder nous paraît trop hasardeuse pour pouvoir la conseiller.

CHAPITRE III

Suites de couches après symphyséotomie
Accidents immédiats
Accidents éloignés

I. Suites opératoires immédiates. — Les suites de couches des femmes symphyséotomisées sont loin d'être toujours bénignes ; elles sont, au contraire, fréquemment troublées par des accidents ou des complications plus ou moins sérieux, qui peuvent être de trois ordres :

A. Le choc ;

B. Les hémorragies secondaires ;

C. Les accidents infectieux.

A. *Le choc.* — Dans sa thèse, Rubinrot rapporte trois morts par choc opératoire. Chez une des opérées de Lepage (1), il se produisit après l'opération un choc opératoire qui, heureusement, se dissipa ; mais il n'en fut pas de même d'une autre de ses opérées : c'était une primipare, la symphyséotomie fut facile. Au cours de l'opération, le pouls s'accéléra et la femme se cyanosa ; on dut suspendre le chloroforme. Une heure après l'opération, la femme mourait dans son lit ; enfant également mort.

---

(1) *Ann. de gynéc.*, mars 1898.

A l'autopsie : rétrécissement mitral ; intégrité du péritoine, de l'urèthre et de la vessie.

Quelle est la cause de cette mort ? C'est la question que se pose M. Lepage à la séance du 5 octobre de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de paediatrie, sans pouvoir la résoudre, et c'est son incertitude à ce sujet qui le détermine à publier sa nouvelle statistique. Le surmenage, la longueur du travail, les lésions cardiaques, la chloroformisation, le choc ne constituent-ils pas un ensemble causal à incriminer ? M. Lepage soumet le cas à ses collègues.

Fochier (1), au Congrès de la Société obstétricale de France, parlant de la symphyséotomie, dit : « Ne pensez pas trop à la symphyséotomie après un travail prolongé : c'est une opération à choc, à dépression, à septicémie. Pour ma part, je deviens de plus en plus embryotomiste. »

Cette dernière opinion nous paraît un peu exagérée, mais elle n'en contient pas moins beaucoup de vérité.

B. *Hémorragies secondaires.* — Elles sont dues soit à la plaie symphysienne, soit aux déchirures vaginales ; nous n'insisterons pas plus longuement sur cet accident.

C. *Accidents infectieux.* — Ce sont les complications les plus sérieuses et les plus importantes.

Les partisans de la symphyséotomie, dit Bar, ont raison d'affirmer que cette opération pratiquée aseptiquement chez une femme, non infectée, ne l'expose à aucun danger d'infection. Mais si on laisse de côté cette proposition générale un peu trop théorique, et si on vient à examiner les faits tels qu'ils sont, la question paraît devoir

---

(1) *L'Obstétrique*, 1899.

être posée en d'autres termes. « La symphyséotomie, faite aussi aseptiquement que nos connaissances actuelles et que les conditions opératoires permettent de le faire, chez une femme en apparence saine, expose-t-elle plus cette femme à des accidents infectieux locaux ou généraux que si la section n'avait pas été faite ? Chez elle, par le fait de la section de la symphyse, les accidents infectieux risquent-ils d'affecter une gravité particulière ? » (Bar)

Examinons tout d'abord la fréquence des accidents infectieux post-symphysiens.

Bar, en se basant sur une statistique partielle de Pinard de 62 symphyséotomies, et en tenant pour compliquées les suites de l'opération dans tous les cas où la température s'est élevée au-dessus de 38°, trouve une morbidité infectieuse totale de 64,52 pour 100, et sur les 22 symphyséotomies, une morbidité de 59,15 pour 100, c'est-à-dire que plus de la moitié des femmes ont eu des suites de couches pyrétiques. Zweifel, avant de pratiquer son procédé de drainage par le vagin, nous dit que le résultat de la symphyséotomie, était bon au point de vue de la mortalité, néanmoins plusieurs opérées avaient été longtemps fébricitantes.

Rubinrot, dans sa thèse où il a pu réunir 136 observations de symphyséotomie, a noté l'infection septique sous toutes ses formes dans 44 cas, mais il faut immédiatement ajouter que sous cette rubrique, Rubinrot ne comprend que les cas où les opérateurs ont eux-mêmes prononcé le mot d'infection septique, de septicémie ou bien les cas où les symptômes qu'on donnait indiquaient suffisamment la puerpéralité (phlegmatia, suppuration de la plaie opératoire, etc.) ainsi que ceux où le traitement employé (curettage) indiquaient bien l'infection, tandis que tous ceux dans les observations desquels on avait

noté de l'élévation de la température ou de l'accélération du pouls, quelquefois pendant quelques jours et plus, ne sont guère compris dans sa statistique morbide infectieuse. Il est assez évident, nous semble-t-il, que ces cas n'en constituent pas moins des suites de couches pyrétiques, en un mot, de l'infection post-opératoire telle qu'elle est comprise dans les deux statistiques précédentes. Ces faits démontrent que la morbidité peut s'élever beaucoup à la suite de la symphyséotomie. La série d'interventions qui constituent l'accouchement avec symphyséotomie entraîne des risques nombreux.

Comment en serait-il autrement avec tous ces traumas qui viennent compliquer la section de la symphyse pubienne (Bar)?

Sans doute, en dehors de toute symphyséotomie, la femme peut être exposée à avoir des cystites purulentes, un thrombus suppuré, etc. ; mais la proportion colossale dans laquelle on a observé ces complications, leur coexistence fréquente avec les suppurations de la symphyse, comme le démontrent les deux statistiques réunies de Rubinrot et de Bar, où elles se trouvent dans la proportion de 15,5 pour 100, nous autorisent à conclure que les accidents infectieux sont sans conteste bien plus fréquents après section pubienne que si la symphyséotomie n'avait pas été pratiquée.

L'infection risque-t-elle d'affecter, chez les femmes qui ont subi une symphyséotomie, une gravité spéciale ?

Nous savons, dit Bar, que l'extension des traumas est une des causes les plus grandes des affections à marche suraiguë. Il n'est donc pas indifférent, dit-il, pour une femme qui est sous le coup d'une infection puerpérale, qu'elle ait des décollements périvaginaux étendus et une plaie de la symphyse. D'autre part, on connaît la facilité

avec laquelle se généralise l'infection dans le cas de plaies articulaires infectées. Nous avons tout lieu de penser, dit-il, que ce qui, chez une autre femme, eût été une infection utérine banale, peut devenir chez une femme symphyséotomisée, une septicémie à marche suraiguë et rapidement mortelle. Parmi les accidents post-symphysiens, Bar a été surtout frappé, comme d'ailleurs nous-même, par la fréquence des complications pulmonaires ainsi que de la phlegmatia alba dolens ; celle-ci est observée trois fois par Bar sur ses vingt-deux symphyséotomies, douze fois par Rubinrot sur ses 136 observations, ce qui fait une proportion de 9,4 pour 100. La phlegmatia alba dolens causa la mort dans deux cas, un compris dans la statistique de Neugebauer, l'autre dans celle de Rubinrot.

Le decubitus acutus, qui est une complication très rare au cours des infections puerpérales les plus graves, se présente à la suite de la symphyséotomie avec une fréquence relativement très grande ; ainsi Bar, sur ses 22 cas, a noté trois fois la présence d'une grave escarre au sacrum, ce qui fait déjà une proportion de 13,6 pour 100. A propos de sa pathogénie Michel (1), émet l'hypothèse suivante : « Elle (l'escarre) est probablement due le plus souvent à une irritation, à un tiraillement des nerfs du plexus sacré, qui, au moment de l'engagement de la tête de l'enfant peuvent se trouver pris entre elle et les bords de l'articulation sacro-iliaque entr'ouverte.

Bar dit qu'on ne peut que faire des hypothèses sur les causes immédiates de ces escarres. Il est vraisemblable, étant données leur rareté dans les infections puerpérales

(1) Thèse Paris, 1897.

ordinaires et leur fréquence après certaines opérations chirurgicales telles que l'hystérectomie par la voie vaginale, qu'elles sont dues, non pas à la section de la symphyse, mais plutôt aux lésions du tissu cellulaire pelvien, et l'on sait combien celles-ci sont fréquentes après symphyséotomie. Si dans la grande majorité des cas le décubitus acutus n'a pas de suites graves, il n'en constitue pas moins une sérieuse complication. Dans la thèse de Rubinrot, on trouve cité le cas d'une femme qui succomba au bout de huit mois à la cachexie causée par ces escarres. Signalons, en passant, sans nous attarder plus longuement, les autres accidents et complications infectieux ou non qu'on a observés à la suite de la symphyséotomie ; ce sont : les œdèmes de la vulve, les hématomes périgénitaux et symphysiens simples ou suppurés, les abcès vulvaires, les abcès trochantériens, les fistules séreuses de la symphyse, les suppurations localisées au niveau d'un point de suture, l'incontinence fécale, les troubles nerveux (myélite infectieuse et névralgie), les suppurations de la symphyse, qui ont été déjà signalées, et enfin la septicémie, la pyohémie et la péritonite, qui emportent presque toujours la malade.

Les troubles urinaires ont été déjà étudiés, nous n'y reviendrons par conséquent pas.

Zweifel, pour prévenir les accidents infectieux d'origine symphysienne, préconise, comme nous l'avons déjà vu, le drainage de la cavité de Retzius par le vagin ou la vulve. Depuis qu'il emploie ce procédé, dit-il, ses symphyséotomisées ont des suites de couches absolument apyrétiques.

II. Suites éloignées. — A. *Consolidation de la symphyse, troubles de la marche.* — La *restitutio ad integrum* de la symphyse pubienne n'existe pas. En effet, l'union des deux pubis se fait par la formation d'une bandelette fibreuse qui comble en arrière l'espace intersymphysien et qui s'avance entre les deux pubis au point de combler plus ou moins complètement l'espace qui les sépare.

Persiste-t-il entre les deux pubis un certain écartement? Varnier (1), à ce propos, a fait une étude anatomique et radioscopique de la symphyse après symphyséotomie. De ses examens radiologiques du bassin, sur trente-trois femmes symphyséotomisées, il résulte que dans dix cas l'écartement inter-pubien variait de 19 à 25 mm., dans cinq cas l'écartement pubien variait de 29 à 40 mm., et dans les autres cas l'écartement était très peu important.

Nous avons vu, cité dans plusieurs observations de symphyséotomies, un chevauchement assez marqué des os pubiens.

La fonction locomotrice est-elle toujours récupérée ?

Pinard, au Congrès de Rome, dit : « Chez toutes nos opérées, la consolidation du bassin fut telle qu'elles purent quitter leur lit, se lever, marcher avec facilité, en moyenne vers le vingtième jour. »

Morisani, à ce même congrès, nous dit que la cicatrisation de la symphyse sectionnée s'obtient, en général, en dix ou quinze jours, sans aucun trouble appréciable à la marche.

Varnier, au Congrès de Moscou (2), nous dit de même : « La symphyséotomie est suivie d'une restauration fonctionnelle parfaite. »

---

(1) *Ann. de gynécologie,* août 1899.

(2) *Ann. de gynéc.,* septembre 1897.

Pour la grande majorité des cas, en effet, la restauration de la fonction locomotrice est un point acquis. Mais en est-il toujours ainsi ? Non. Plusieurs femmes ont gardé pendant quelque temps ou indéfiniment une démarche vacillante, du dandinement ; dans d'autres cas, la marche étant douloureuse et quelquefois impossible, la guérison a été retardée de plusieurs semaines à quelques mois ; certaines femmes même sont restées, à la suite de l'opération, partiellement impotentes, incapables de fournir une course rapide ou un travail pénible ; parfois, on a été même obligé de pratiquer une symphyséorraphie, d'ailleurs avec succès.

B. *Complications sacro-iliaques.* — Farabeuf conseille après symphyséotomie de faire toujours une arthroclasie double postérieure. « Coupez et dilatez », dit-il.

Cette arthroclasie double et postérieure peut-elle occasionner des lésions des symphyses postérieures ? Varnier (1), au Congrès de Moscou, se basant sur l'examen direct post mortem fait par lui sur huit femmes antérieurement symphyséotomisées, chez lesquelles il constata *de visu* l'absence au niveau des symphyses postérieures de toute lésion anatomique autre que le faible décollement périostique et l'absence de lésions des symphyses postérieures dans les suites éloignées de la symphyséotomie, conclut que l'agrandissement momentané du bassin ne détermine aucune lésion des symphyses postérieures capable de compromettre la santé de la mère.

Mais il n'en est pas toujours ainsi. Les complications sacro-iliaques, quoique beaucoup plus rares qu'autrefois,

---

(1) *Ann. de gynéc.*, septembre 1897.

sont notées cependant dans quelques observations. Le plus souvent il s'agit d'une douleur passagère au niveau de l'une ou des deux articulations sacro-iliaques, douleur spontanée ou à la pression, mais celle-ci peut persister quelques jours et même un ou deux mois, rendant la marche pénible. Dans certains cas on a observé de véritables arthrites, qui exceptionnellement ont suppuré.

C) *Ostéite symphysienne.* — L'ostéite aiguë symphysienne coïncide fréquemment avec des difficultés éprouvées pour sectionner la symphyse pubienne et lorsque dans ces cas on s'est servi du ciseau, de la gouge ou de tout autre instrument qui ait pu blesser l'os. Cette complication est généralement très tardive, alors que la malade a quitté depuis longtemps l'hôpital, dans certains cas même en parfaite santé. Le traitement rationnel semble être de rouvrir la plaie, d'enlever les esquilles osseuses et de faire un bon raclage.

D) *Prolapsus utérin.* — C'est un accident très sérieux et très pénible. Bar, sur 9 femmes, signale cet accident 4 fois ; chez deux d'entre elles la symphyséotomie avait été pratiquée pour la deuxième fois. Le prolapsus dans ces 4 cas était complet ou presque complet.

Chez trois autres femmes il n'y avait pas prolapsus mais rétroversion de l'utérus avec abaissement plus ou moins marqué de cet organe. Cette fréquence mérite d'attirer l'attention.

E) *Troubles urinaires.* — Nous les avons déjà étudiés dans le précédent chapitre.

CHAPITRE IV

QUESTIONS CONNEXES

Grossesse et accouchement après une symphyséotomie
De l'agrandissement du bassin par ostéoplastie
Symphyséotomie répétée

I. Grossesse et accouchement après une symphyséotomie. — « Une symphyséotomie guérie par première intention n'apporte aucune gêne, aucun trouble dans les grossesses et les accouchements ultérieurs », telle est la conclusion de Varnier.

Mais deux questions plus importantes sont à envisager :

Une femme ayant déjà subi une symphyséotomie pourra-t-elle, lors d'une grossesse ultérieure, accoucher spontanément ?

L'agrandissement momentané du bassin, obtenu par symphyséotomie, est-il réellement toujours momentané ?

Dans son rapport au cinquième Congrès de la Société allemande de gynécologie, tenu à Breslau en mai 1893, Zweifel à propos de l'accouchement spontané après une symphyséotomie, dit : « Il est vraisemblable, d'après la constance du résultat, bien qu'aucune conclusion ferme ne puisse encore être formulée, qu'après la symphyséotomie il persiste un léger agrandissement du bassin dans ses dimensions transversales », et dans son rapport au

Congrès de Moscou (1), il dit aussi : « Pour les accouchements ultérieurs, les femmes possèdent un bassin plus ample au point que d'ordinaire les femmes antérieurement symphyséotomisées peuvent mettre au monde de gros enfants. »

Pinard, parlant des femmes symphyséotomisées qui ont eu plus tard un accouchement spontané, dit : « Je suis disposé à admettre que l'agrandissement momentané du bassin n'est peut être pas absolument momentané. »

Tel n'était pas l'avis de Varnier au Congrès de Moscou de 1897 ; l'agrandissement du bassin ne peut provenir, dit-il, que d'un écartement persistant et notable des pubis, mais un écartement même de 15 millim. ne fait rien gagner au diamètre antéro-postérieur du bassin ; ensuite, dit-il, il n'a jamais observé cet écartement dans ses observations.

Mais comment s'expliquer alors les accouchements spontanés observés si fréquemment chez des femmes antérieurement symphyséotomisées ?

Varnier répond : « D'abord est-il rare de voir dans les viciations pelviennes alterner des accouchements spontanés avec des accouchements artificiels ? et ne pouvons-nous pas trouver dans les conditions mécaniques d'accouchements, qui chez la même femme, se suivent sans se ressembler, l'explication de cette dissemblance ? »

Nous croyons utile avant de répondre à cette dernière question, de voir d'abord si, après la symphyséotomie, il ne persiste pas un écartement entre les deux os pubis et si cet écartement est assez notable pour pouvoir agrandir le diamètre antéro-postérieur du bassin.

---

(1) *Ann. de Gynécologie*, oct. 1897.

Nous ne pouvons mieux faire que de donner les résultats obtenus par Varnier dans son étude anatomique et radiographique de la symphyse pubienne après symphyséotomie.

Son examen radiologique du bassin porte sur 33 femmes antérieurement symphyséotomisées. Dans 18 bassins l'écartement interpubien observé est très peu important pour pouvoir agrandir le diamètre antéro-postérieur du bassin ; dans 10 bassins l'écartement trouvé varie de 19 à 25 millim., écartement capable de produire un agrandissement du diamètre utile de 5 millim. environ.

Dans les cinq autres bassins l'écartement pubien variait de 29 à 40 millim. ; on conçoit très bien qu'un pareil écartement puisse agrandir, d'une façon sensible, le diamètre antéro-postérieur utile du bassin. De cette première étude, il résulte déjà que l'écartement pubien est assez sensible dans certains cas pour pouvoir augmenter le diamètre antéro-postérieur utile du bassin.

L'agrandissement antéro-postérieur obtenu par l'écartement pubien variant de 19 à 25 millim., est, nous venons de le voir, de 5 millim. environ ; c'est peu, mais cela peut être suffisant dans les bassins limites pour assurer un accouchement spontané, là où, lors d'un accouchement antérieur, il aurait fallu faire une symphyséotomie.

L'accouchement spontané sera d'autant plus fréquent, que cet écartement pubien variera entre 29 et 40 millim. et que le bassin ne sera pas trop rétréci.

Mais comment expliquer l'accouchement spontané lorsque l'écartement pubien est très peu sensible pour pouvoir augmenter le diamètre utile du bassin ? Dans ces cas, l'hypothèse suivante très plausible peut leur être appliquée. En effet, les pubis, tout en étant rapprochés, peuvent ne pas être, chez une femme antérieurement

symphyséotomisée, aussi solidement unis qu'auparavant. Le bassin étant moins serré, les os iliaques seront moins étroitement appliqués au sacrum et permettront par conséquent pendant le travail une antinutation plus accentuée, d'où un agrandissement du diamètre antéro-postérieur qui peut être augmenté d'ailleurs par la position à la Walcher ; ensuite par l'écartement possible des pubis pendant le travail, sans pour cela admettre l'hypothèse d'une symphyséoclasie sous-cutanée, le diamètre transverse sera agrandi.

L'agrandissement antéro-postérieur du bassin ainsi que son amplification transversale sont des raisons suffisantes, nous semble-t-il, pour expliquer comment, lors d'une grossesse ultérieure après symphyséotomie, l'accouchement ait pu s'effectuer spontanément. D'ailleurs, l'accouchement spontané après une symphyséotomie est loin d'être rare, puisque Pinard, à propos de ses 100 symphyséotomies, nous dit que sur 22 symphyséotomisées redevenues enceintes, 16 ont accouché spontanément.

Nous pouvons conclure par conséquent que :

1° L'agrandissement momentané du bassin n'est pas toujours momentané, le bassin étant souvent amplifié après une symphyséotomie.

2° Au moment du travail, par suite d'une antinutation plus accentuée du sacrum, qu'on peut augmenter par la position à la Walcher, le diamètre utile du bassin se trouve agrandi ; le diamètre transverse peut être aussi agrandi par suite d'un écartement des os iliaques.

3° L'accouchement spontané lors d'une grossesse ultérieure est possible chez les femmes ayant subi antérieurement la symphyséotomie. Les statistiques sont là pour prouver que celui-ci est très fréquent.

II. De l'agrandissement du bassin par ostéoplastie. — Le procédé opératoire imaginé par Franck pour agrandir le bassin, ainsi que ses observations, ont été exposées par son assistant le docteur Will Potth (1). Voici en quelques mots l'opération de Franck, qu'il pratiqua chez trois femmes vivantes pour obtenir l'agrandissement du bassin.

« Incision transversale supra-symphysienne permettant d'arriver aisément jusqu'au fibro-cartilage... L'arc antérieur du bassin étant mis à découvert, la symphyse et les deux pubis sont fendus de haut en bas en deux lames parallèles, l'une antérieure, l'autre postérieure. La lame antérieure est provisoirement attirée en avant, la postérieure est ensuite fendue dans ce qui reste de la symphyse avec un bistouri boutonné ou un ciseau. Le bassin s'ouvre alors et l'on pratique l'extraction du fœtus. Après quoi la lame antérieure réservée est enfoncée dans la fente symphysaire maintenue écartée et dont les lèvres ont été avivées, elle y est fixée par quelques sutures. L'anneau pelvien est ainsi reconstitué, agrandi de 3 cm. dans sa circonférence, et conservant une symphyse pubienne. »

Les premières réflexions que suggéra cette opération étaient les suivantes :

a) En maintenant ainsi les pubis écartés, disait Varnier (2), ne va-t-on pas créer, de toutes pièces, cette maladie si redoutée, le relâchement des symphyses postérieures ?

A cette question, la pratique a répondu que, contrairement à ce que l'on craignait, le fait de maintenir les pubis

---

(1) Monatschr. für Geburtsch. u. Gynëak. Tom. III, juin 1896, pages 491-497.

(2) Congrès de Moscou. *Ann. de gynéc.*, sept. 1897.

écartés de 3 centimètres ne compromettait pas la solidité du bassin comme le prouva l'une des opérées de Franck, qui, examinée par Varnier, ne présentait aucun trouble de la marche et, comme l'ont prouvé depuis les cas de femmes qui, malgré un écartement pubien persistant de 3 et même de 4 centimètres, à condition bien entendu qu'il y eût une union fibreuse solide des pubis, ne présentaient aucun trouble de la marche.

b) Est-il possible que cette interposition de 3 centimètres puisse agrandir d'une façon efficace un bassin rétréci ? Les mensurations auxquelles a procédé Varnier sur une des opérées de Franck lui ont permis de voir que l'agrandissement obtenu n'était que de 10 millim. sur un bassin antérieurement de 65^{mm}. Franck a trouvé 20^{mm}. Ce dernier chiffre nous paraît exagéré, car il n'est guère possible qu'un écartement de 3 cent. par une pièce interpubienne et non pas prépubienne puisse faire gagner 20^{mm} au diamètre utile d'un bassin de 65 millim. Si dans ce bassin de 65 millim. l'agrandissement obtenu ne nous paraît pas assez important pour pouvoir agrandir le bassin d'une façon sensible, il n'en reste pas moins vrai que s'il s'était agi d'un bassin moins rétréci, l'agrandissement antéro-postérieur même de 10 millim. aurait été très important. Mais faut-il de là conclure qu'il serait utile de procéder dorénavant à cet agrandissement osteoplastique du bassin, lors d'une symphyséotomie ? Certainement non et pour plusieurs raisons :

1° Il s'agit d'une opération très difficile et très délicate.

2° Les observations en sont trop rares pour pouvoir en tirer une conclusion sur leur efficacité pratique.

3 Et surtout pourquoi aurons-nous recours à une pareille opération, alors que nous venons de voir que le bassin des femmes symphyséotomisées était souvent agrand

et que très fréquemment on observait des accouchements spontanés chez des femmes antérieurement symphyséotomisées.

Pour toutes ces raisons, nous croyons qu'il faut rejeter l'agrandissement ostéoplastique du bassin, opération qui ne peut que compliquer la symphyséotomie et peut-être même en aggraver son pronostic.

III. Symphyséotomie répétée. — Nous avons déjà vu à propos de la section pubienne les difficultés qu'on éprouve lorsqu'on pratique la symphyséotomie chez une femme antérieurement symphyséotomisée, ainsi que les accidents qui peuvent survenir, par suite de l'adhérence intime du tissu cicatriciel avec les organes voisins ; nous n'y reviendrons par conséquent pas.

Nous nous bornerons simplement à faire remarquer que la symphyséotomie répétée n'est pas très fréquente, attendu surtout que beaucoup de femmes antérieurement symphyséotomisées accouchaient spontanément.

La symphyséotomie répétée prédispose tout particulièrement au prolapsus utérin.

CHAPITRE V

Statistique (mortalité maternelle et infantile)
Morbidité
Causes mortalité maternelle et infantile
Précautions a prendre avant et pendant la symphyséotomie
Contre-indications de la symphyséotomie

Mortalité maternelle et mortalité infantile. — Nous ne nous occuperons que des statistiques basées sur les symphyséotomies pratiquées depuis l'ère antiseptique.

Varnier a relevé, de 1887 au 31 mars 1893, 124 cas de symphyséotomie avec : mères guéries, 112; mères mortes, 12 ; enfants vivants, 92 ; enfants morts, 32 ; ce qui donne :

Mortalité maternelle, 9,67/100.

Mortalité infantile, 25,8/100.

Morisani, au Congrès de Rome, a réuni, depuis 1887 au 31 décembre 1893, 241 cas de symphyséotomies, qui donnent :

Mortalité maternelle, 11,6/100.

Mortalité fœtale non expurgée, 22,82/100.

Mortalité fœtale expurgée, 12/100.

Neugebauer, pour la même période, a réuni 278 opérations dont voici le pourcentage :

Mortalité maternelle, 11,1/100.

Mortalité fœtale, 19/100.

Rubinrot a réuni 136 observations de symphyséotomie, pratiquées depuis 1896 à 1899 ; 15 femmes sont mortes, 19 enfants ont succombé, ce qui donne :

Mortalité maternelle, 11,03/100.

Mortalité infantile, 13,97/100.

A la clinique Baudelocque, du 4 février 1892 jusqu'au 20 janvier 1899, la symphyséotomie a été pratiquée 100 fois :

Femmes guéries, 88.

Femmes mortes, 12.

87 enfants sortis vivants et bien portants, 13 enfants morts.

Si à cette statistique nous ajoutons la dernière statistique de Zweifel qui porte sur 46 cas de symphyséotomie avec 3 femmes mortes et 4 enfants morts ; ainsi que celle de Bar avec 22 cas sans aucune mortalité maternelle ou infantile, nous avons :

Mortalité maternelle

Pinard	100	symphys.	12	femmes mortes	12	0/0
Zweifel	46	—	3	—	6,52	0/0
Bar	22	—	0	—	0	
Total	168	—	15	—	8,92	0/0

Mortalité infantile

Pinard	100	symphys.	13	enfants morts	13	0/0
Zweifel	46	—	4	—	8,69	0/0
Bar	22	—	0	—	0	
Total	168	—	17	—	10,13	0/0

En prenant la moyenne de toutes ces statistiques on peut dire, sans être taxé d'exagération aucune, que la mortalité maternelle est de 10 0/0 et la mortalité infantile de 13 0/0; ce qui veut dire qu'une femme sur dix meurt et qu'un enfant sur sept meurt.

Les partisans de la symphyséotomie expurgent tellement aussi bien les statistiques relatives à la mère que celles relatives au fœtus, qu'on n'y trouve plus guère que des succès. Ils prétendent que les chiffres bruts de ces statistiques n'expriment pas le risque actuel de la mortalité après la symphyséotomie ; « qu'il convient d'élaguer un certain nombre de cas où la mort a été accidentelle ; de déclarer que certaines femmes ont succombé à de l'infection utérine, à une septicémie, et que la symphyséotomie n'a rien à faire avec ces accidents. Ces restrictions ne sont pas fondées : si on a eu recours à la symphyséotomie, c'est que cette opération semblait présenter les plus grandes chances de succès. » (Bar)

Morbidité. — La morbidité de la symphyséotomie est considérable, étudions les cas de morbidité les plus importants.

La morbidité infectieuse, sous toutes ses formes, en nous basant sur les statistiques de Pinard et Bar, est de plus de 60 °/₀ ; la morbidité par hémorragie, en nous basant sur les statistiques de Neugebauer et de Rubinrot, est de plus de 15 °/₀ ; la morbidité par déchirures des parties molles, non compris les cas de déchirures des voies urinaires, en nous basant sur la statistique de Pinard, est d'environ 15 °/₀. Les déchirures graves des voies urinaires, en nous basant sur les statistiques de Pinard et de Bar, est d'environ 1,63 °/₀. L'incontinence persistante ou de longue durée, non compris les cas légers d'incon-

tinence, en nous basant sur les statistiques de Rubinrot et de Bar, se présente avec une proportion de 8,8 °/₀.

Quant aux autres accidents et complications de la symphyséotomie, tels que troubles de la marche, troubles du côté de l'articulation sacro-iliaque, etc., les éléments pour procéder à leur pourcentage nous faisant défaut, nous ne les donnons pas.

Causes de la mortalité maternelle et infantile. — Etudions les causes de la mortalité maternelle.

Parmi les causes les plus fréquentes, nous relevons l'infection surtout, le choc et l'hémorragie ensuite. Ainsi, dans la statistique de Neugebauer, sur les 31 cas de mort maternelle, 26 sont dus à l'infection. Sur les 15 cas de mortalité maternelle dans la statistique de Rubinrot, 10 sont dus à l'infection. Sur les 12 femmes mortes de Pinard, 7 sont mortes de septicémie. Sur les 3 femmes mortes de la statistique de Zweifel, 2 sont mortes d'infection.

L'hémorragie mortelle, dans la statistique de Neugebauer, est relevée 3 fois.

La mort par choc opératoire est relevée, dans la thèse de Rubinrot, 3 fois sur 15 cas de mort.

Etudions maintenant les causes les plus importantes de la mortalité infantile.

Dans la statistique de Varnier, nous voyons que, sur les 32 enfants morts, 11 ont succombé à des applications de forceps antérieures à la symphyséotomie. Dans celle de Rubinrot, sur 19 enfants morts, 5 ont succombé à des applications antérieures de forceps, 2 à la procidence du cordon pendant l'extraction, 7 autres succombèrent dans un court délai à des affections broncho-pulmonaires.

Dans la statistique de Pinard, sur les 13 enfants morts, nous relevons des fractures du crâne causées par des applications antérieures de forceps, des lésions du crâne causées par symphyséotomie incomplète, des cas de mort dus à une dilatation incomplète du col ; d'autres enfants succombèrent à la broncho-pneumonie, etc.

Parmi les autres causes relevées dans les autres statistiques, nous trouvons : section incomplète de la symphyse ou écartement insuffisant des os iliaques.

Connaissant les causes principales de la mortalité maternelle et infantile, ainsi que les causes les plus importantes de la morbidité maternelle, nous allons étudier maintenant les moyens employés pour modifier dans un sens plus favorable le pronostic si sévère de la symphyséotomie.

Précautions à prendre avant et pendant la symphyséotomie. — 1° Précautions à prendre avant de pratiquer la symphyséotomie.

a) Eviter, avant la symphyséotomie, l'excessive lenteur du travail qui épuise la femme et qui, par le terrain favorable qu'elle produit, aggrave considérablement le pronostic des infections qui auront beaucoup plus de chance de se produire s'il y a en même temps rupture prématurée de la poche des eaux.

Du côté du fœtus, cette lenteur excessive prédispose tout particulièrement aux procidences du cordon ainsi qu'aux mauvaises présentations qui peuvent compromettre sa vitalité.

On portera remède à cette lenteur excessive du travail, en activant la dilatation du col soit manuellement, soit par l'écarteur de Tarnier, soit par l'introduction des

ballons au-dessus du col. On se montrera très éclectique dans leur choix.

b) Ne pas avoir recours à la symphyséotomie tant que le col ne sera pas complètement dilaté.

Nous avons déjà étudié les accidents et complications qui peuvent se produire du côté des parties molles, lorsqu'on procède à l'extraction du fœtus, alors que le col est incomplètement dilaté ; nous savons, en outre, qu'en agissant ainsi on peut compromettre le succès final de l'opération, qui est de donner un enfant vivant.

c) N'avoir recours au forceps que d'une façon très prudente et très délicate, afin de ne pas compromettre la vitalité du fœtus.

L'étroitesse et l'aplasie du vagin, si fréquentes chez les primipares, peuvent, par suite des difficultés ultérieures d'extraction. compromettre la vitalité de l'enfant et être la cause de délabrements très graves du côté des parties molles maternelles. On y a voulu remédier par l'introduction de ballons dans les vagins qui donnent sans conteste d'excellents résultats ; mais n'oublions pas que cette dilatation artificielle donne lieu à des éraillures vaginales ou vulvaires, capables de devenir le point de départ, au cours de l'extraction ultérieure du fœtus, de déchirures étendues et profondes.

2° Précautions à prendre pendant la symphyséotomie.

a) Les précautions les plus rigoureuses d'asepsie devront être prises avant, pendant et après la symphyséotomie. Ce sont des choses qui paraissent banales mais qui sont de la plus haute importance.

b) Nous avons déjà étudié, à propos de chacun des actes opératoires de la symphyséotomie, les précautions à prendre pour éviter, autant que possible, les accidents et complications qui peuvent se produire; nous n'y revien-

drons pas, par conséquent. Nous nous bornerons simplement à dire que les principales causes de la mortalité infantile pendant la symphyséotomie, lorsque, bien entendu, la vitalité fœtale n'a pas été compromise pendant le travail antérieur à celle-ci, sont :

La section incomplète de la symphyse, l'agrandissement incomplet du bassin, la procidence du cordon et les difficultés de l'extraction. On peut remédier aux deux premières en appliquant le précepte de Farabeuf : « coupez et dilatez », symphyséotomie en avant, arthroclasie double et symétrique en arrière.

La procidence du cordon, pendant la symphyséotomie, peut être réduite, mais que peut-on lorsqu'elle a déjà compromis la vitalité fœtale ?

Les difficultés d'extraction restent, sans conteste, le grand écueil, la vraie pierre angulaire de la symphyséotomie. Il faut, dit Varnier, perfectionner les procédés d'extraction. Tant qu'ils ne le seront pas, ils constitueront toujours un danger pour le fœtus et la mère.

Contre-indications de la symphyséotomie. — Au moment où surgit l'indication de pratiquer la symphyséotomie, la souffrance du fœtus ou de la mère peuvent-elles devenir une contre-indication à la symphyséotomie ?

1° Y a-t-il contre-indication à pratiquer la symphyséotomie lorsque la vitalité de l'enfant a été compromise soit par une longueur excessive du travail, soit par une procidence du cordon, soit par des interventions antérieures, soit par toute autre cause ?

Il me paraît, dit Morisani (1), que quand les altérations

---

(1) Congrès de Rome.

des battements du fœtus sont de telle importance qu'elles laissent supposer que l'enfant ne pourra vivre, la symphyséotomie n'est pas justifiée, on doit lui préférer l'embryotomie.

Quant à l'appréciation des conditions de vitalité, dit-il, cela regarde pour chaque cas particulier, le tact et l'expérience de l'accoucheur.

Si l'enfant, dit Léopold (1), présente des doubles battements défectueux, s'il y a eu écoulement de méconium ou des convulsions asphyxiques chez l'enfant, alors on n'est pas autorisé, pour une vie fœtale à peu près perdue, de mettre en jeu l'existence de la mère. Dans ces conditions et dans l'intérêt de la mère, la perforation de l'enfant est tout à fait justifiée : qu'on s'applique plutôt, dit-il, à sauver une vie certaine (celle de la mère) plutôt qu'une vie qui s'en va (celle de l'enfant), qu'on ne s'expose pas à perdre toutes les deux. *Qu'on fasse plutôt la perforation une fois de trop, que pas une fois assez.*

L'enfant souffrant équivaut à l'enfant mort, dit Pestalozza, au Congrès d'Amsterdam, par conséquent pas de symphyséotomie.

Est-il besoin d'ajouter que la grande majorité des accoucheurs partagent la même opinion.

Malheureusement des maîtres tels que Pinard et Varnier ne sont pas du même avis.

Ainsi Pinard (1) déclare que tant que l'enfant est vivant on doit agrandir le bassin jusqu'au jour où l'on aura des signes permettant de reconnaître qu'un enfant encore vivant dans l'utérus doit fatalement mourir.

---

(1) *Ann. de Gyn.*, oct. 1899.

(2) *Ann. de Gyn.*, déc. 1900.

Hofmeier (1) cite des observations d'accouchement prolongé où des enfants, malgré des battements réguliers, ont succombé après l'accouchement, parce que, dit-il, dans ces accouchements, quoique les battements fœtaux soient bons, l'enfant n'est presque jamais bien vivant.

De tout ce qui précède, nous concluons, malgré l'avis de Pinard, que lorsqu'on aura reconnu que la vitalité du fœtus est compromise il faudra absolument rejeter la symphyséotomie.

2° Doit-on pratiquer la symphyséotomie chez une femme malade ou chez une femme à qui le travail a causé des altérations (fièvre, albuminurie, urines sanglantes, œdèmes étendus, éclampsie) ?

Jamais dans ces conditions il ne faudrait pratiquer la symphyséotomie, dit Pestalozza (2) au congrès d'Amstertam.

En présence des résultats vraiment désastreux obtenus par la symphyséotomie pratiquée chez des femmes infectées, la plupart des auteurs la contre-indiquent. Tel est aussi l'avis de Pinard et de Varnier (3) au congrès de Moscou.

S'il est facile de reconnaître qu'une femme est infectée, lorsqu'elle présente de l'élévation de température et de l'accélération du pouls, il n'en reste pas moins vrai qu'il est difficile de reconnaître l'infection utéro-vaginale à sa période latente. « Déclarera-t-on suspecte d'infection, dit Varnier, une femme dont la température et le pouls sont normaux, sous prétexte qu'elle a été examinée en

(1) *Ann. de Gyn.*, janvier 1903.
(2) *Ann. de Gyn.*, août et septembre 1899.
(3) *Ann. de Gyn.*, septembre 1897.

ville par une sage-femme ou un médecin, que la poche des eaux est rompue depuis longtemps, que le liquide est vert ou puant, etc., et la soustraira-t-on de ce chef à la symphyséotomie ? »

Non, dit Varnier, tel n'est pas notre avis, et nous concluons que la symphyséotomie sera contre-indiquée chez les femmes malades ou chez les femmes dont le travail aura causé des altérations (fièvre, albuminurie, urines sanglantes, œdèmes étendus, éclampsie), ainsi que chez les femmes dont on soupçonnera l'infection pour une des causes précédemment énumérées.

CONCLUSIONS

(SYMPHYSÉOTOMIE)

La symphyséotomie, nous entendons par là la section de la symphyse avec toutes les manœuvres que comporte l'extraction du fœtus, constitue une intervention des plus sérieuses qui exige du praticien qui va l'entreprendre, des connaissances très approfondies de l'obstétrique. Nous avons déjà vu avec quelle fréquence se produisaient des accidents et des complications alors que la symphyséotomie était pratiquée par des maîtres de l'obstétrique ; on voit d'ici les désastres qui se produiraient si elle était pratiquée par des praticiens moins expérimentés et moins habiles.

La moyenne minima de la mortalité maternelle est de 10 0/0, et celle du fœtus de 13 0/0. Nous avons le ferme espoir que la symphyséotomie pratiquée chez des femmes saines, alors que la vitalité de l'enfant n'est pas compromise, par des mains habiles et expérimentées et dans un milieu où toutes les conditions d'asepsie et d'assistance peuvent être réalisées, verra son pronostic s'améliorer considérablement. Mais agir autrement, c'est-à-dire opérer des femmes infectées ou malades ou des femmes chez qui des risques d'infection existent déjà ; opérer quand même, alors que l'enfant, par sa souffrance ou par une longueur excessive du travail, malgré de bons battements fœtaux,

a beaucoup de chances de succomber immédiatement ou quelques jours après son extraction ; ne pas craindre d'intervenir dans la pratique en ville, c'est-à-dire dans des conditions presque toujours défectueuses au point de vue de la réalisation et de l'antisepsie et d'une bonne assistance ; et surtout vouloir entreprendre cette opération alors qu'on n'en a aucune expérience, c'est aller à coup sûr au-devant des pires désastres ; et dans ces conditions on verrait la symphyséotomie, opération qui, opportunément pratiquée, peut rendre de grands services, tomber à juste titre en défaveur.

La dextérité moyenne qu'au point de vue des interventions chirurgicales les jeunes médecins apportent dans la pratique ainsi que leur éducation obstétricale rudimentaire, sont insuffisantes pour pratiquer une symphyséotomie.

Nous pensons que cette opération ne devra jamais être faite que par des médecins possédant une instruction chirurgicale et obstétricale étendue.

N'est-ce pas là la condition *sine qua non* du succès de cette sérieuse intervention ?

DEUXIÈME PARTIE

ÉTUDE SUCCINCTE DES AUTRES INTERVENTIONS EMPLOYÉES DANS LA THÉRAPEUTIQUE DE L'ACCOUCHEMENT DANS LES RÉTRÉCISSEMENTS PELVIENS.

I. *Opération césarienne.* — La section césarienne est une opération qui n'est pas difficile, mais qui nécessite une certaine habitude de la laparatomie.

C'est une opération dangereuse, la plus petite faute contre l'antisepsie devenant une cause de mort; aussi ne doit-elle être pratiquée que dans un milieu aseptique.

L'hémorragie par atonie peut compromettre les jours de la femme et conduire à des interventions complémentaires, telles que l'ablation du corps utérin par la méthode de Porro. Le risque de cette atonie peut être chiffré, d'après la statistique de Léopold et Haake, par la proportion de 6 pour cent.

Le bilan de l'opération césarienne, appuyé sur les statistiques qui représentent la pratique intégrale de Léopold, Reynolds, Pasquali, Olshausen, Zweifel, Bar (1) et Charles, donne les résultats suivants :

---

(1) Bar. L'*Obstétrique*, 1899.

Mères : 170 cas. Mères mortes : 11 Mort. : 6,1 o/o.
Enfants : 161 cas. Enfants morts : 9 Mort. : 5,59 o/o.

Ces chiffres représentent la mortalité brute, sans aucune expurgation. Ils constituent les résultats obtenus par des accoucheurs très habiles, très expérimentés, dans les meilleures conditions possibles. La morbidité infectieuse de la césarienne est considérable, elle est d'environ 50 pour cent.

Suites éloignées de l'opération. Ce sont : a) les risques d'éventration, et b) les accidents douloureux résultant d'adhérences entre l'utérus et la paroi des viscères abdominaux. Ces risques déjà minimes diminuent au fur et à mesure que l'asepsie est plus sûrement appliquée. Les dangers, au cours des grossesses ultérieures, consistent en ce que la cicatrice utérine vienne à céder au cours de la grossesse. Cet accident a été surtout observé avant l'introduction de la méthode antiseptique et la réhabilitation des sutures. Actuellement, quoique possible, il doit être considéré comme minime et devant s'amoindrir encore avec les progrès de l'asepsie et de l'application plus rigoureuse d'une bonne suture utérine.

Les adhérences de l'utérus avec la paroi abdominale et les viscères peuvent devenir une gêne dans l'exécution d'une nouvelle opération ; ces risques s'atténueront aussi avec les progrès de l'antisepsie.

L'opération césarienne a pu être pratiquée plusieurs fois chez une femme avec plein succès.

Conclusions. — Pour donner de bons résultats, l'opération césarienne ne devra être entreprise que par des opérateurs habiles dans les meilleures conditions possibles d'asepsie et d'assistance, et sur des femmes saines et non infectées. Dans ces cas, elle donne, nous sem-

ble-t-il, de meilleurs résultats que la symphyséotomie. Agir autrement et ne pas craindre d'opérer dans des mauvaises conditions, l'opération césarienne deviendrait effrayante par sa mortalité.

II. *Accouchement prématuré artificiel.* — Définition : « L'interruption de la grossesse à une période où l'enfant est viable et au moment où ses dimensions ne l'emportent pas sur celles du bassin, c'est-à-dire permettant son passage sans lésions à travers une filière pelvienne rétrécie. » (Pinard) (1).

Pareille interruption suppose la connaissance préalable, exacte et précise : 1° de l'âge de la grossesse ; 2° des dimensions de la tête fœtale; 3° du degré du rétrécissement pelvien.

Les dimensions de la tête fœtale, ainsi que le degré précis du rétrécissement pelvien étaient autrefois imparfaitement connus, et il en résultait souvent qu'on provoquait l'accouchement tantôt trop tôt, alors que l'enfant incomplètement développé survivait difficilement à la vie extra-utérine, tantôt trop tard ; alors on était obligé, s'il était très gros, de pratiquer sur lui des opérations mutilatrices.

Actuellement, grâce à la céphalométrie externe de Perret, la radiographie et la pelvimétrie du bassin ainsi que le palper mensurateur, on connaît mieux les dimensions du bassin et celles du fœtus ainsi que leur rapport respectif ; on peut ainsi mieux fixer l'époque à laquelle l'accouchement pourra être provoqué.

---

(1) Congrès d'Amsterdam. *Annales de gynécologie*, août-septembre 1899.

Quels sont les résultats de l'accouchement prématuré artificiel ?

Pinard, sur 100 cas d'accouchement prématuré artificiel pratiqués à la Maternité de Lariboisière et à la Clinique de Baudelocque, de 1883 à 1891, a eu :

Femmes sorties bien portantes	99
Femme morte.	1
Enfants vivants au moment de la naissance.	83
Enfants morts pendant le travail. . . .	17
Enfants morts avant leur sortie du service.	16
Enfants sortis bien portants	67
Soit : Mortalité maternelle.	1 0|0
Mortalité infantile	33 0|0

Tarnier a pratiqué, depuis le 1er novembre 1888 jusqu'au 1er novembre 1895, 116 accouchements prématurés pour rétrécissement du bassin. Voici ses chiffres :

Mortalité maternelle	0
Mortalité infantile	26,70 0|0
Enfants sortis vivants de l'hôpital .	73,30 0|0

Bar, sur 100 cas d'accouchement prématuré artificiel pratiqués par lui ou ses collaborateurs, a eu : une femme morte, soit 1 0|0 de mortalité maternelle, et 26 0|0 de mortalité infantile.

Les résultats de Bar se rapprochent sensiblement de ceux donnés par Ahlfeld, Guéniot, Taubert et Vogt. Guéniot donne comme mortalité infantile 12 0|0, Dorh et Brettner 39,99 0|0 et 34,41 0|0.

La conclusion qui en découle est bien nette : pour la mère, l'accouchement prématuré provoqué est presque

complètement inoffensif. Comment d'ailleurs en serait-il autrement, alors qu'il s'agit d'une intervention si simple et si facile, et qui surtout est pratiquée chez des femmes saines ? Pour le fœtus, au contraire, c'est une opération dangereuse ; ses dangers immédiats sont surtout les opérations obstétricales auxquelles on est obligé d'avoir recours pour l'extraire (la version et l'extraction pelvienne surtout) ; ses dangers éloignés sont un accouchement trop tôt provoqué, alors que l'enfant a trop peu de chances de survivre.

Nous pouvons espérer qu'à l'avenir, connaissant mieux le rapport existant entre les dimensions de la tête fœtale et celles du bassin, et pratiquant l'accouchement prématuré artificiel à une époque autant que possible rapprochée du terme, le pronostic pour le fœtus, actuellement si sérieux, s'améliorera considérablement.

III. *L'embryotomie.* — Envisagée d'une manière générale, l'embryotomie comprend, d'après l'étymologie du mot, toute opération mutilatrice du fœtus ; elle est qualifiée différemment suivant que l'opération mutilatrice ou réductrice porte sur la tête, sur le cou ou sur le tronc du fœtus.

Nous nous occuperons surtout de la basiotripsie, qui est de beaucoup la plus fréquemment employée dans le traitement de l'accouchement, dans les viciations pelviennes.

Son pronostic est généralement favorable.

La basiotripsie, faite avec méthode et sans force, est une opération absolument inoffensive et qui ne présente guère plus de difficultés qu'une application de forceps. Si dans certaines statistiques on trouve que des femmes ont succombé à la suite d'une embryotomie, ce n'est pas à

l'opération elle-même qu'il faut attribuer ces résultats, mais c'est aux conditions défectueuses (rupture utérine, infection, etc.) dans lesquelles se trouvait la femme au moment de l'intervention. Il n'en saurait être autrement, attendu que la mortalité opératoire peut être considérée comme nulle ou minime.

IV. *Forceps au détroit supérieur rétréci.* — On a beaucoup critiqué, dit Budin (1), les applications de forceps au détroit supérieur et on les a accusées de beaucoup de méfaits ; elles détermineraient habituellement des fractures du crâne chez les enfants. C'est pourquoi Farabeuf les a combattues. Mais les applications de forceps mauvaises au détroit supérieur, sont, dit-il, les antéro-postérieures. En effet, dans ces conditions, la tête est saisie, suivant la comparaison de Pajot, comme le fusain dans le porte-crayon. Elle peut être très fortement serrée et broyée par la virole représentée par la ceinture osseuse. Aussi, ces applications antéro-postérieures sont-elles néfastes et maintenant abandonnées, même par ceux qui les recommandaient. Mais les applications obliques, dit-il, ne peuvent leur être comparées ; les cuillers ne se trouvent pas alors en contact avec les deux parois du bassin ; elles ne sont plus prises dans la virole osseuse. Le danger des applications antéro-postérieures n'existe donc plus. C'est ce qui explique les succès qui sont obtenus.

Le pronostic infantile si grave des applications du forceps au détroit supérieur dans les bassins rétrécis étant

---

(1) Congrès de la Société obstétricale de France, 1899. *L'Obstétrique*, 1899.

dû donc en grande partie aux applications antéro-postérieures, s'améliorera beaucoup du jour où on ne fera plus que des applications obliques et où on n'aura recours au forceps que dans les cas seulement où il n'existe pas de disproportion marquée entre les dimensions de la tête fœtale et celles du bassin.

Ainsi Budin, sur 84 cas d'application de forceps au détroit supérieur rétréci, a eu une mortalité maternelle nulle et une mortalité infantile de 24 p. 100.

V. *Version.* — Faire la version à tort et à travers, pratiquer celle-ci, par exemple, alors que la poche des eaux s'est rompue ou a été rompue prématurément et depuis longtemps, que le col est incomplètement dilaté, que les parties molles sont rigides et étroites, que les dimensions du fœtus sont en disproportion marquée avec celles du bassin, etc., etc., en somme, à l'aveuglette, comme dit Varnier, qu'y a-t-il d'étonnant que les résultats obtenus dans des conditions aussi mauvaises, aient été désastreux pour le fœtus ? Il est presque certain que lorsque la version, aidée de la position à la Walcher, ne sera pratiquée qu'alors que toutes les conditions requises sont remplies, les résultats seront des plus satisfaisants, comme le prouve d'ailleurs la statistique de Léopold, qui n'a eu qu'une mortalité infantile de 10 p. 100.

TROISIÈME PARTIE

INDICATIONS DES DIFFÉRENTES INTERVENTIONS (SYMPHYSÉOTOMIE, OPÉRATION CÉSARIENNE, ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ PROVOQUÉ, EMBRYOTOMIE, FORCEPS ET VERSION) DANS LA THÉRAPEUTIQUE DE L'ACCOUCHEMENT DANS LES VICIATIONS PELVIENNES. CONDUITE A TENIR.

Il est inadmissible, nous semble-t-il, de vouloir, étant partisan de telle ou telle intervention, l'imposer partout et toujours, quel que soit le cas, quel que soit le milieu, comme étant la seule méthode à suivre dans la thérapeutique de l'accouchement dans les viciations pelviennes.

A) Combien ne sont-elles pas différentes, en effet, les conditions de la pratique médicale : peut-on jamais comparer le professeur de clinique qui est entouré d'une assistance des plus instruites et qui se trouve dans les meilleures conditions possibles d'asepsie, avec le simple praticien d'un village, par exemple, appelé à donner ses soins à une parturiente, auquel il arrive fréquemment de ne pas trouver même le strict nécessaire pour procéder à l'accouchement le plus simple et le plus naturel ?

Serait-il prudent de conseiller à ces deux médecins, qui

se trouvent dans des conditions aussi différentes, que dans tel cas donné de viciation pelvienne, il faudra pratiquer telle ou telle autre opération, qui pour les uns sera la symphyséotomie, pour les autres l'opération césarienne ? Le moindre bon sens ne fait-il pas immédiatement sauter aux yeux que le résultat d'un pareil conseil suivi, pour le premier pourra être un succès, pour l'autre ne peut fatalement être qu'un désastre.

Laissant à part les conditions différentes de milieu, ne reste-t-il pas tout de même les conditions différentes d'habileté opératoire et d'instruction obstétricale ? Serait-il possible à un médecin qui n'aurait qu'exceptionnellement eu l'occasion de se servir d'un bistouri ou qui n'aurait jamais vu faire une symphyséotomie ou une césarienne, de mener à bien une de ces deux opérations ? Mais, nous objectera-t-on, est-ce que souvent le praticien aura vu pratiquer une trachéotomie, ou une kélotomie pour hernie étranglée ou d'autres opérations d'urgence ? Eh bien, dans ces cas le médecin n'est-il pas souvent obligé d'intervenir ? La réponse n'est pas difficile : Est-ce que les conditions d'une personne qui asphyxie et chez laquelle, si on n'intervient pas, la mort fatalement s'ensuivrait, ou celles d'une personne atteinte de hernie étranglée, chez laquelle seule l'opération pourrait donner quelque chance de salut, sont-elles les mêmes que celles de la parturiente bien portante, chez laquelle, la marche du travail ne lui faisant courir aucun danger pour son existence et parce que l'accouchement spontané ou artificiel paraît impossible, on pratique l'opération césarienne ou la symphyséotomie ?

Dans ce cas, ces deux opérations seraient-elles vraiment urgentes ? La femme aurait-elle succombé si on n'était pas intervenu, comme ce serait fatalement arrivé pour

la personne qui asphyxiait ou pour celle qui était atteinte de hernie étranglée ?

Dans ces derniers cas, que l'on soit ou non habile, l'intervention seule est capable de donner quelque chance de salut aux malades.

Le praticien est-il vraiment obligé, dans le cas d'une femme en travail, parce que l'accouchement spontané ou artificiel est impossible, d'avoir recours à la symphyséotomie ou à la césarienne, alors que, par suite de son inhabileté ou de son inexpérience ou de mauvaises conditions, il risquerait de compromettre la vie de la femme? N'est-il pas plus simple,dans ces conditions, de pratiquer l'embryotomie.

Mais, nous dira-t-on, ne fait-on donc aucun cas de la vie du fœtus qu'on sacrifie ? Il serait aisé de répondre qu'on n'hésiterait pas un seul instant, si l'on avait de grandes chances d'obtenir le double succès, mère saine et enfant vivant, d'avoir recours à l'une de ces deux interventions. Craindrait-on, au contraire, qu'en intervenant, la vie de la femme fût en danger? Tout le monde, semble-t-il, devrait être d'accord pour repousser l'intervention, quelle qu'elle soit. La vie du fœtus n'est pas comparable à celle de sa mère.

B) Les statistiques ne sont-elles pas là pour prouver qu'on peut obtenir d'excellents résultats avec toutes les interventions,à condition qu'elles soient bien adaptées au cas qu'on veut traiter ? Pourquoi, alors, enseigner qu'il n'y a qu'une seule méthode à employer dans les rétrécissements pelviens ? Cette manière de voir, cette façon de procéder, ne peut être, comme nous venons de le voir, que dangereuse.

A la variété si grande des cas qui se présentent dans la pratique, aux conditions si différentes des milieux dans

lesquels on est appelé à donner ses soins, il faut savoir adapter telle ou telle intervention, qui, dans tel cas donné, donnera les meilleurs résultats. C'est ce principe qui nous guidera dans l'étude que nous allons entreprendre de la conduite à tenir, dans l'accouchement, dans les rétrécissements du bassin.

Deux cas peuvent se présenter en pratique :

1° La femme ayant un bassin rétréci se présente à nous à terme ou pendant le travail ;

2° La femme ayant un bassin rétréci se présente à nous pendant la grossesse.

I. *Femme à terme ou en travail.* — Nous diviserons les bassins en deux groupes :

A) Bassins au-dessus de 7 cm. de C. V. (1) (bassins rétrécis dans le diamètre droit, plats et plats rachitiques) ou de 7 cm. 1/2 de C. V. (bassins généralement rétrécis, avec ou sans rachitisme).

Dans ces cas, lorsque la poche des eaux a été conservée aussi longtemps que possible, que les contractions utérines sont vigoureuses et régulières et que, bien entendu, il s'agit d'une présentation normale, il est d'observation journalière, dit Léopold, de voir les primipares surtout accoucher spontanément.

Ne pas trop se hâter d'intervenir, attendre patiemment et surveiller minutieusement le travail : telle est la conduite à tenir. Mais si, malgré ces bonnes conditions, on voit que le travail se prolonge sans résultat aucun, ou bien ce retard est dû soit à une rupture prématurée de la poche

---

(1) Le conjugué vrai (diamètre utile) s'obtient en retranchant deux centimètres du diamètre promonto-sous-pubien.

des eaux, soit à des contractions utérines irrégulières, soit à une mauvaise présentation fœtale (face ou front) ou soit, surtout, à une disproportion trop marquée des dimensions du fœtus à celles du bassin ; dans ces conditions, il faut intervenir dans l'intérêt de la mère et du fœtus.

Que faut-il faire ?

Tout d'abord, avant d'avoir recours à une intervention quelconque, il faut essayer l'accouchement à la Walcher. « Dans quelques cas, dit Léopold, grâce à ce moyen, l'accouchement a pu se terminer spontanément. »

Celui-ci ayant échoué, nous sommes alors en présence des interventions suivantes : *a*) de la version ; *b*) du forceps ; *c*) de la symphyséotomie ; *d*) de l'opération césarienne, et *e*) de l'embryotomie. Etudions-les chacune séparément.

Pour que la version ait des chances sérieuses de réussir,il faut: 1° que l'orifice du col soit complètement dilaté ; 2° que la poche des eaux soit encore intacte ou récemment rompue ; 3° que les parties molles n'offrent aucune résistance pour l'extraction ultérieure du fœtus, condition fréquemment rencontrée chez les multipares, rare chez les primipares, ce qui déjà contre-indique en partie la version chez les primipares. Il faut savoir aussi que l'échec de la version conduira fatalement à la basiotripsie.

Nous croyons que lorsque toutes ces conditions existent et qu'en plus, le bassin n'est retréci qu'au détroit supérieur et qu'il n'y a pas une trop grande disproportion entre la tête fœtale et le bassin, la version pourra, aidée de la position à la Walcher, extraire des enfants vivants et viables. Ainsi Léopold, dans ces conditions, a pu avoir d'excellents résultats (90 pour 100 d'enfants vivants).

Grâce à la position à la Walcher, la version (Bar)

évitera dans certains cas de recourir à la symphyséotomie. Faut-il dire, comme ses partisans enthousiastes le proclament, que toujours, grâce à elle, on évitera de pratiquer la symphyséotomie ? Ce serait se montrer trop optimiste ; le bénéfice, en effet, obtenu par cette position n'est pas tellement considérable pour qu'il puisse toujours agrandir le bassin d'une façon suffisante pour permettre de procéder à l'extraction du fœtus.

Mais, d'autre part, ne lui enlevons pas de sa valeur : grâce à elle, la version a vu ses indications s'étendre au détriment de la symphyséotomie.

Les conditions exigées pour procéder à la version font défaut; dans ces cas, si la disproportion entre les dimensions du fœtus et celles du bassin n'est pas très marquée, on tenterait une application de forceps, mais oblique, qui dans certains cas pourrait réussir.

Le forceps n'a pas donné de résultats ou ne paraît pas indiqué, que nous reste-t-il à faire ?

C'est le moment de prendre en grande considération le milieu dans lequel on se trouve, ainsi que l'habileté opératoire et l'instruction obstétricale du praticien.

a) La femme se trouve-t-elle dans une clinique où toutes les conditions d'asepsie existent et où l'on est entouré d'un personnel instruit, l'enfant est-il bien vivant, on n'hésiterait pas, si les conditions requises pour l'opération césarienne ou la symphyséotomie existent, d'avoir recours à l'une de ces deux opérations, bien entendu après avoir obtenu le consentement de la parturiente.

Voici les conditions qu'exigent ces deux opérations pour pouvoir être pratiquées.

Les conditions de l'opération césarienne sont :

1° Que l'organisme de la femme n'ait pas été affaibli par une maladie grave;

2° Qu'on ait la certitude que la femme n'est pas infectée;

3° Il serait désirable que la poche des eaux fût conservée jusqu'au début du travail, ou tout au moins que sa rupture n'ait eu lieu que peu auparavant ;

4° Il est capital que la femme ait subi peu d'examens, et seulement des examens non suspects ;

5° S'abstenir de césarienne toutes les fois qu'il existe une infection gonorrhéique aiguë ou latente.

Celles de la symphyséotomie exigent surtout que la femme soit saine et non infectée, que le bassin n'ait d'ankylose aucune au niveau de l'une des symphyses sacro-iliaques, que les parties molles ne présentent pas de cicatrices, vestiges d'une symphyséotomie antérieure, auquel cas celles-ci, ne pouvant pas prêter, occasionneraient des déchirures graves.

A laquelle des deux opérations devons-nous avoir recours ?

Etudions d'abord leurs avantages et leurs inconvénients respectifs.

L'opération césarienne sauvegarde complètement les intérêts de l'enfant, tandis que la symphyséotomie ne le fait qu'incomplètement. Par contre, les risques opératoires immédiats (hémorragie, choc) sont plus grands dans l'opération césarienne que dans la symphyséotomie.

La moindre petite faute d'asepsie dans l'opération césarienne entraîne la mort ; dans la symphyséotomie, au contraire, les risques de ce chef sont moins graves.

Aseptiquement pratiquée, l'opération césarienne fait courir moins de risques que la symphyséotomie ; pour celle-ci, il faut compter avec les aléas de l'extraction.

Les suites éloignées de l'opération césarienne sont de beaucoup moins sérieuses que celles de la symphyséotomie.

Ceci étant dit, si la poche des eaux n'a pas été rompue depuis longtemps, si les parties molles sont rigides, étroites et peu étoffées et font craindre, au cours de l'extraction, leur déchirure, si le col ne se dilate pas franchement, l'opération césarienne semble plutôt indiquée. Elle le sera aussi dans le cas d'ankylose probable de l'une des symphyses postérieures du bassin.

Dans tous les cas, au contraire, où le travail est déjà très avancé, où les membranes sont rompues depuis longtemps, où l'extraction du fœtus semble ne devoir être entravée ni par la rigidité particulière des parties molles ni par le col, il est préférable, dans ces conditions, d'avoir recours à la symphyséotomie.

L'une de ces deux opérations paraît indiquée ; mais la femme est épuisée par un long travail, elle est infectée ou a beaucoup de chances de l'avoir été, elle est atteinte d'une maladie chronique grave ou d'une maladie intercurrente ; doit-on, dans ces conditions, intervenir ?

Sans aucune hésitation, il faut absolument repousser et la symphyséotomie et l'opération césarienne, dont les résultats, dans ces cas, ne peuvent être que désastreux.

Ces deux opérations, qui tiraient leurs indications de ce que l'accouchement spontané était impossible, que la version ne paraissait pas être l'opération de choix, que le forceps n'avait pas réussi ou était dangereux, étant par suite de ces mauvaises conditions formellement contre-indiquées, que faut-il faire alors ? L'embryotomie, seule opération capable de sauvegarder dans ce cas les intérêts de la mère.

Les conditions requises par l'une ou l'autre de ces deux interventions existent, mais la vitalité du fœtus est compromise, doit-on quand même avoir recours à la symphyséotomie ? Dans ce cas, on n'est pas autorisé, dit Léopold,

pour une vie fœtale à peu près perdue, à mettre en jeu l'existence de la mère.

Dans ces conditions et dans l'intérêt de la mère, la perforation de l'enfant est tout à fait justifiée ; qu'on s'applique plutôt à sauver une vie certaine (celle de la mère) plutôt qu'une vie qui s'en va (celle de l'enfant) ; qu'on ne s'expose pas à perdre toutes les deux. Qu'on fasse plutôt la perforation une fois de trop que pas une fois assez, dit Léopold.

b) La femme étant en clientèle privée, doit-on, l'accouchement spontané ou artificiel paraissant impossible, avoir recours à la symphyséotomie ou à l'opération césarienne, alors qu'on n'en a aucune expérience personnelle ou qu'on se trouve dans un milieu ne remplissant pas les conditions désirables pour pouvoir hasarder une de ces deux opérations qui, somme toute, sont des interventions très sérieuses et très graves ? L'opération, dans ces conditions, nous paraît trop dangereuse pour la mère, et il est préférable d'avoir recours à l'embryotomie dont la mortalité maternelle est bien inférieure aux deux autres interventions, et tellement minime lorsqu'elle est pratiquée dans de bonnes conditions, qu'elle peut être considérée comme nulle.

Attendra-t-on pour pratiquer l'embryotomie que l'enfant ait succombé ? Evidemment non, on ferait courir ainsi des risques et des dangers inutiles à la mère, à ce moment il ne faut penser qu'à sauver la femme le mieux et le plus vite possible ; en agissant autrement, c'est-à-dire en attendant la mort du fœtus, on risque de voir la mère succomber aussi.

Mais, nous objectera-t-on, on admet ainsi l'embryotomie sur l'enfant vivant ?

Evidemment l'embryotomie sur l'enfant vivant répu-

gne à tout accoucheur, mais peut-on éviter toujours d'avoir recours à elle ? Malheureusement l'art ne possède pas encore, dit Pestalozza (1), d'une façon complète et assurée, des ressources qui peuvent éviter en tous cas l'embryotomie. Il faut donc, dit-il, compter sur elle comme sur une nécessité douloureuse, jusqu'à ce que de nouveaux progrès aient réussi à la faire disparaître du nombre des opérations obstétricales.

« Jamais l'embryotomie sur l'enfant vivant. L'embryotomie sur l'enfant vivant a vécu », dit Pinard. « Il milite ici pour une vue idéale, dit Léopold (2), mais il a tort par rapport aux nécessités de la pratique et il exige du praticien accoucheur des choses que celui-ci ne peut maintenant et ne pourra jamais faire, que Pinard lui-même ne ferait, ni ne pourrait accomplir ».

« Il est facile d'édicter des ukases, dit Charles (de Liège), en parlant de Pinard, il n'est pas aussi aisé de les appliquer. »

« Notre honoré collègue, dit Léopold, est animé d'une intention très louable, mais il dépasse le but, et j'estime qu'il serait plus dans le vrai s'il disait *que la perforation de l'enfant vivant doit être le plus souvent évitée et remplacée par une opération susceptible de sauver la vie fœtale, mais que néanmoins dans certains cas difficiles particulièrement de la pratique privée, il faut résolument lui donner la préférence sur la césarienne et la symphyséotomie.* »

Nous partageons entièrement les vues de Léopold, et si dans un cas donné, pour sauver l'enfant on est obligé d'avoir recours à des opérations telles que la symphyséo-

---

(1) Congrès d'Amsterdam. *Ann. de gyn.*, août-sept. 1899.

(2) *Ann. de gyn.*, oct. 1899.

tomie, qui risqueraient, pour des raisons quelconques, de compromettre la vie de la femme, nous sacrifierons plutôt l'enfant pour sauver la mère.

«Pour tous, dit Léopold, il y a ce but élevé à poursuivre : donner à la parturiente, quand c'est possible, un enfant vivant. Mais bien au dessus de ce but il en est un autre, et plus mon expérience obstétricale s'accumule, plus je suis pénétré de cette conviction : sauver à tout prix la vie de la mère. Il est plutôt possible de remplacer le père auprès des enfants, mais une mère jamais. Le cœur de la mère est lié à ses enfants par mille liens. Les pensées du père, de celui qui doit assurer la vie aux siens, se répartissent naturellement entre la famille et la profession. A l'enfant qui a perdu sa mère, fait défaut l'affection infinie. Au nouveau-né qui doit la vie à la mort de la mère et qui jamais n'apprend à connaître le cœur maternel, manque pour toute la vie la lumière du soleil. »

« Au point de vue humanitaire, au point de vue de l'économie sociale, dit Charles (1), la femme vaut plus que l'enfant. Pour moi, j'estime que la femme vaut au moins trois enfants. »

Et quel dommage cause la mort de l'enfant, dit Léopold, lorsqu'on a été obligé de pratiquer l'embryotomie ? La femme survivante, dit-il, peut mettre plusieurs enfants au monde et, s'il y a nécessité, peut, grâce à l'accouchement prématuré ou à la césarienne faite à temps, éviter les dangers d'un nouvel accouchement. Mais dans l'autre éventualité, l'époux perd sa femme, l'enfant sa mère, les parents leur fille, et cette perte, dit-il, reste à jamais irréparable.

---

(1) Congr. de la Soc. Obst. de France. *L'Obst.*, 1899

Hofmeier(1), à propos de la légitimité de la perforation de l'enfant vivant, conclut ainsi : « Encore aujourd'hui, en dépit des grands perfectionnements apportés à l'art chirurgico-obstétrical, la perforation de l'enfant, considération étant prise de l'ensemble de la situation obstétricale aussi bien en pratique générale que même dans les maternités, reste à l'occasion l'échappatoire le plus favorable, et on n'est pas autorisé, par la seule considération d'arguments moraux ou théoriques sur le droit de l'enfant à la vie, à lui substituer la symphyséotomie et la section césarienne. »

Doit-on procéder à la symphyséotomie ou à la césarienne sans avoir, au préalable, obtenu l'autorisation de la femme ?

Evidemment non ; la plupart des accoucheurs anciens et modernes ont été et sont d'accord sur ce point, qu'il ne faut jamais pratiquer la moindre intervention sur une femme sans avoir son consentement ; raison de plus lorsque cette intervention est telle que la symphyséotomie ou l'opération césarienne qui ont encore un pronostic sérieux.

Après tout, nous ne comprenons même pas qu'une pareille question ait pu jamais se poser. Il nous semble qu'il est tout naturel que la principale intéressée, la femme, soit mise au courant de l'opération que l'on se propose de pratiquer et qu'on n'y ait pas recours tant qu'on n'aura pas obtenu son consentement, alors que dans certaines de ces interventions la vie peut être en jeu.

C'est la moindre des choses, nous semble-t-il, que la femme ait le droit de s'opposer à ce qu'on intervienne.

« La plus vulgaire des prostituées, dit Fochier (2), est

---

(1) *Ann. de Gynéc.*, janvier 1903, t. LIX, p. 2.

(2) Congrès de la Soc. Obst. de France, 1899. *L'Obstét.*, 1899.

maîtresse de sa vie autant que le premier professeur d'obstétrique qui, en la circonstance, est au summum de la dignité humaine. »

On comprendra aisément notre étonnement lorsque nous vîmes cité dans les leçons de réouverture, faites le 6 novembre par Pinard (1), le cas suivant :

Chez une femme chez laquelle on avait constaté une procidence du cordon (à l'Hôpital de la Charité dans le service du docteur Bourdon), Pinard fut appelé pour la délivrer. « Nous ne pûmes, dit Pinard, faire accepter l'opération à cette malheureuse qui, nous ayant entendu dire que son enfant souffrait et succomberait rapidement si l'on n'intervenait pas, ne répétait que ces mots : Eh bien, tant mieux s'il meurt, je n'aurai pas la peine de l'élever. Devant ce parti-pris, après en avoir conféré avec M. Bourdon, nous fîmes donner du chloroforme, l'opération fut faite pendant l'anesthésie, et l'enfant put de cette façon être sauvé.... »

« Nous pensons en effet, dit Pinard, que l'anesthésie est la seule ressource à employer quand, malgré tout, l'opération étant urgente, la femme la refuse, quel que soit le mobile qui la fasse agir. »

Nous nous permettrons, à propos de ce cas, d'émettre la réflexion suivante :

Aurait-on pu agir de la sorte s'il s'était agi d'une femme en clientèle privée ? Aurait-on pu procéder, grâce à l'anesthésie, à une opération malgré la volonté de la femme ?

N'est-il pas bien probable qu'il aurait été impossible d'agir ainsi.

---

(1) *Ann. de Gyn.*, janvier 1900.

Alors pourquoi se permet-on de faire à l'hôpital ce qu'on ne pourrait pas faire en clientèle privée ?

Nous savons bien que M. Pinard, dans le cas ci-dessus cité, en agissant ainsi, était animé des meilleures intentions, mais nous ne pouvons pas admettre qu'on ait le droit, à l'hôpital comme en ville, de passer outre à la volonté de la femme.

Si, au lieu d'une application de forceps, comme c'était nous semble-t-il le cas, il se serait agi d'une symphyséotomie ou d'une opération césarienne, peut-on admettre que la femme n'ait aucun droit de les refuser, alors qu'elles peuvent compromettre son existence ?

La femme a le droit partout, à l'hôpital ou en ville, de s'opposer à ce qu'on lui pratique une intervention quelconque, et personne n'a le droit de la forcer à subir telle ou telle intervention dans le but de sauver son enfant.

La femme se refusant à subir une intervention, malgré qu'on ait tout fait pour la convaincre, doit-on, l'enfant étant encore vivant, attendre qu'il succombe pour procéder à l'embryotomie, ou doit-on procéder immédiatement à celle-ci ?

La femme se trouve-t-elle dans une clinique, il nous semble criminel d'attendre que l'enfant ait succombé pour pratiquer la perforation, on risque ainsi de voir succomber la femme aussi ; l'accouchement spontané ou artificiel paraissant impossible, il faut sans tarder recourir à l'embryotomie.

Le cas se présente-t-il en clientèle privée, on doit avant tout, comme dit Bar (1), déférer à la voix de sa conscience.

« Si elle lui dit que les différentes interventions qui pour-

---

(1) Congrès de la Société obstétricale de France. *L'Obst.*, 1899.

raient être faites ne sont pas convenables, il devra laisser à d'autres la responsabilité de faire ce qui ne lui semble pas être bon », si, ajoutons-nous, l'état de la femme n'implique pas l'embryotomie d'urgence. Cette façon d'agir, acceptable en clientèle privée, parce que dans ces cas on peut avoir recours aux soins d'un autre médecin, est impossible dans une maternité, où on ne peut pas refuser de pratiquer une embryotomie et être la cause ainsi de la mort de la femme.

B) Bassins au-dessous de 7 c. de C. V. (bassins rétrécis dans le diamètre droit, plats et plats rachitiques) ou de 7 c. 1/2 de C. V. (bassins généralement rétrécis avec ou sans rachitisme).

Dans ces cas, dit Léopold, en règle générale, l'accouchement spontané est impossible.

a) En clinique, trois interventions sont à prendre en considération, bien entendu lorsque l'accouchement spontané à la Walcher, la version à la Walcher ou le forceps paraissent ne devoir donner aucun résultat. Ce sont : la symphyséotomie, la césarienne et l'embryotomie.

Remarque très importante, la symphyséotomie ne sera pas faite lorsque le bassin aura un diamètre utile de moins de 65^{mm}, l'embryotomie de même lorsque le bassin aura un diamètre utile de moins de 50^{mm} ; dans le premier cas, en effet, l'agrandissement obtenu par la symphyséotomie, sans dépasser l'écartement interpubien maximum de 7 cm., ne peut être suffisant pour extraire un fœtus de dimension moyenne; en outre, on peut craindre d'une symphyséotomie dans de pareilles conditions des lésions graves et des symphyses postérieures et des parties molles ; dans le deuxième cas, pour procéder à la basiotripsie, il faut, pour l'introduction de cet instrument, un bassin ayant un diamètre utile de 50^{mm} au moins.

La vitalité de l'enfant est-elle compromise, il faut avoir recours à l'embryotomie ; la femme est-elle malade, infectée ou a beaucoup de chances d'avoir été infectée, la césarienne conservatrice et la symphyséotomie sont absolument contre-indiquées, il ne reste que l'embryotomie ou l'hystérotomie, suivie de l'hystérectomie partielle (opération de Porro) ou de l'hystérectomie totale. Ces deux opérations ayant été pratiquées très rarement, nous ne pouvons pas émettre un avis sur leur pronostic.

La femme est-elle saine et l'enfant est-il bien vivant, faut-il faire la symphyséotomie ou la césarienne, bien entendu après avoir obtenu le consentement de la femme? Dans ce cas, en dehors des avantages et inconvénients respectifs de ces deux opérations, dont nous nous sommes occupés, il y a à prendre en considération la remarque suivante. La symphyséotomie ne peut être pratiquée qu'après une période de travail souvent très longue, car, en effet, on ne peut y avoir recours que lorsque la dilatation du col est complète : on comprend aisément que pendant tout ce long travail, l'enfant court des risques sérieux de mort, évalués par Bar à environ 10 à 12 p. 100 ; ensuite, par suite même de cette longueur du travail, la femme s'épuise, se surmène, créant ainsi un terrain favorable à l'infection.

Dans ces conditions, la femme est-elle au début du travail, l'accouchement spontané ou artificiel paraît-il impossible, il nous semble préférable de pratiquer l'opération césarienne, toutes les conditions requises étant, bien entendu, remplies.

Le travail est-il, au contraire, très avancé, on aurait recours à celle qui, remplissant mieux les conditions exigées, aurait par suite plus de chances de réussir.

b) En clientèle privée. Ces cas devraient être autant que possible dirigés sur des Maternités.

Est-il impossible de pratiquer la symphyséotomie ou la césarienne, soit à cause des mauvaises conditions du milieu, soit à cause de l'inexpérience de l'opérateur ; ces deux opérations sont-elles contre-indiquées, soit parce que la femme est malade, infectée ou a beaucoup de chances d'avoir été infectée, soit parce que la vitalité du fœtus est compromise ; l'embryotomie, dans ces circonstances, est la seule opération possible, bien entendu, après s'être assuré que l'accouchement spontané est impossible et que le forceps ou la version à la Walcher ne paraissent pas pouvoir donner des résultats ou sont trop dangereux pour y avoir recours.

Dans les bassins au-dessous de 6 cm. 5 de diamètre utile, l'accouchement spontané ou artificiel d'un fœtus à terme est absolument impossible, il ne reste que deux interventions : la césarienne, dont l'indication ici est absolue, et l'embryotomie ; au-dessous de 50 mm., l'embryotomie perd ses droits ; dans ces conditions, l'opération césarienne est la seule opération possible.

II. *La femme ayant un bassin rétréci se présente à nous pendant la grossesse.* — La seule intervention possible est l'accouchement prématuré artificiel.

Sur quoi doit-on se baser pour pratiquer cet accouchement ? Est-ce sur l'âge de la grossesse ? est-ce sur les dimensions du bassin ? ou est-ce sur le palper mensurateur aidé de la méthode de Perret ?

Pour avoir les plus grandes chances de ne pas se tromper sur le moment opportun pour provoquer l'accouchement, il faut s'entourer de tous ces renseignements ; chacun d'eux pris séparément ne peut nous donner qu'un

élément du problème ; leur ensemble constitue, au contraire, un tout complet.

Ainsi, supposons le cas d'un bassin rétréci, à diamètre utile de 8 cm.5 ; nous savons qu'un fœtus à 8 mois et demi a un bipariétal de 8 cm. 5 ; *a priori* donc, il semble qu'il faudrait provoquer cet accouchement à 8 mois et demi. Mais si à ce moment on trouve par la méthode de Perret que le bipariétal est inférieur à 8 cm. 5, et par le palper mensurateur que la tête ne déborde pas les pubis et qu'au contraire, elle pénètre dans l'excavation; alors, au lieu de provoquer immédiatement l'accouchement, qui *a priori* paraissait justifié, on attendrait, en ayant recours fréquemment à la méthode de Perret et au palper mensurateur, le moment où les dimensions de la tête fœtale correspondraient à celles du bassin ou ne dépasseraient que de très peu.

Ces remarques ayant été faites, il ressort de l'étude des diverses statistiques que, pour obtenir les meilleurs résultats de l'accouchement prématuré, il faudrait le provoquer à une époque aussi rapprochée que possible du terme. Le vrai moment opportun paraît être la deuxième quinzaine du huitième mois, et surtout les deux premières semaines du neuvième mois, c'est-à-dire dans les bassins de 7 cm. 6 à 8 cm. 5 de diamètre utile.

Les résultats obtenus alors sont des plus favorables et même supérieurs à ceux de la symphyséotomie, considération étant prise des deux existences maternelle et infantile, et surtout plus avantageux car, en effet, tandis que du côté de la symphyséotomie, la mortalité est presque autant maternelle que fœtale, du côté de l'accouchement prématuré, au contraire, elle est presque toute fœtale. Cet avantage nous paraît énorme; car il n'y

a pas de doute qu'une vie maternelle est, à tous points de vue, supérieure à une vie fœtale.

Le rétrécissement est-il tel que l'accouchement prématuré ne pourrait donner de bons résultats, faut-il quand même provoquer cet accouchement ou faut-il attendre le terme ?

Dans une clinique, on attendrait le terme, et le cas échéant, la femme étant prévenue et consentante, l'accouchement spontané ou artificiel paraissant impossible, on pratiquerait soit la symphyséotomie, soit la césarienne.

Mais en clientèle privée, s'il est impossible de diriger la femme sur une Maternité, ou s'il paraît impossible, le cas échéant, de pratiquer à terme une intervention telle que la symphyséotomie ou la césarienne, alors on n'a que deux choses à faire : soit pratiquer l'accouchement prématuré, soit attendre le terme.

Le choix dépendra beaucoup des circonstances particulières de chaque cas.

OBSERVATIONS D'ACCIDENTS ET COMPLICATIONS URINAIRES DE LA SYMPHYSÉOTOMIE

A. — 18 Observations de lésions vésicales ou vésico-uréthrales cataloguées par ordre chronologique

Observation Première

(Résumée)

Scibelli (Naples). — D'après Caruso, *Annali di ostet. e ginecologia,* n° 4. avril 1892, *in* thèse Jorand.

Primipare, rachitique, 21 ans, conj. vrai. 7,5. Symphyséotomie le 7 octobre 1889, 18 heures après le début de l'accouchement. Mère et enfant guéris. *Fistule vésico-vaginale,* opérée plus tard par Morisani.

Observation II

(Résumée)

Mancusi. — *In* thèse Jorand.

Primipare, 24 ans. Bassin rachitique en entonnoir avec forte saillie du promontoire. Conj. vrai 6,5 cm. Symphyséotomie le 13 juin 1891. Tentative de forceps inutile. Version. Enfant vivant. Réunion de la plaie par première intention. *Fistule vésico-vaginale*. Marche bonne.

Observation III

Tellier, *Ann. de gyn.*, avril 1893, p. 321, *in* thèse Jorand.

Primipare, 27 ans, entre à la clinique obstétricale de Lyon au milieu du mois de juin 1892. Bassin rachitique généralement rétréci, légèrement aplati ; rétrécis. canaliculé. D. Pr. S. P. 10 cm. 1/4.

Symphyséotomie le 11 juillet 1892, à 5 h. 30 du matin.

Diagnostic de la position : sommet en gauche antérieure Pour vérifier, on introduit la main dans le vagin ; les parties molles sont très résistantes, manquent de souplesse; le cercle vulvaire est rigide ; la main est très serrée. La tête est très dure, complètement ossifiée.

Incision de la peau, de l'aponévrose et du disque interpubien,qui est coupé de haut en bas et d'avant en arrière avec le bistouri boutonné. Le ligament triangulaire, très résistant, est coupé en sciant avec un solide bistouri de Cooper ; les dernières fibres cèdent par traction ; on obtient un écartement de 4 à 5 cm. Déchirure de l'extrémité inférieure de l'incision. A ce moment il se produit une hémorragie très abondante. Je place rapidement plusieurs pinces hémostatiques sur les points qu'on voit saigner, l'hémorragie continue en nappe ; je fais de la compression avec de la gaze iodoformée, puis avec plusieurs éponges qui sont vite imbibées de sang et renouvelées ; et cela continue pendant un quart d'heure. L'écoulement persiste un peu moins abondant. Mais on peut alors voir une artère, du volume de la radiale au moins, donner du sang par saccade. Elle est appliquée contre la branche

descendante du pubis, à droite. J'essaie à plusieurs reprises de la prendre avec une pince hémostatique mais sans succès ; la compression digitale n'amène aucune diminution de l'écoulement sanguin.

Pendant ce temps l'hémorragie en nappe avait reparu ; on emploie le thermocautère ; l'hémorragie diminue en notable proportion, mais ne cesse pas complètement. Tout cela avait demandé trois quarts d'heure.

Je fais alors une application de forceps de Levret, grandes cuillers, avec des lacs ; la prise est à peu près régulière, suivant un diamètre transversal de la tête. Un aide exerce des tractions variant de 30 à 40 kgr. au dynamomètre. La tête descend mais l'écartement est considérable ; les cuisses fléchies étant en abduction, les genoux au contact, on a cependant un écartement de 8 cm. mesuré au compas d'épaisseur. Un aide empoigne le bassin à pleines mains et résiste de toutes ses forces. Nouvelles tractions suivies d'effet. A ce moment, déchirure du périnée, non compris le sphincter, et déchirure de la partie antérieure de la vulve avec hémorragie notable ; l'écartement augmente sensiblement malgré les efforts des aides ; il a probablement dépassé 10 cm : la tête descend non fléchie. Enfant vivant, du poids de 4 kgr. 250 gr. ; bi-pariétal, 10 cm.8.

On constate que la déchirure antérieure de la vulve se continue à droite sur l'urèthre et la vessie sur la largeur d'une pièce de deux francs. L'hémostase est encore laborieuse.

Sutures de la vessie au fil d'argent, des portions vaginales et vulvaires déchirées et contusionnées à la soie. Sonde à demeure dans l'urèthre.

Quand on met la malade dans son lit (7 heures), elle est très pâle, la pupille contractée, la peau un peu froide.

Quelques minutes après (7 h. 1|2), le pouls faiblit, tendance à la syncope. Mort à 9 heures du matin.

Tellier attribue la mort de son opérée : 1° à l'hémorragie ; il évalue la quantité de sang perdue à 1000 ou 1100 grammes ; 2° à la longueur de l'opération ; 3° au shok traumatique, conséquence de l'hémorragie et de la longueur de l'anesthésie, *peut-être aussi de la déchirure de la vessie*.

Observation IV

(Résumée)

Mullerheim. — Clinique de Freund, Strasbourg. D'après Neugebauer n° 185. — *In* Th. Jorand.

Symphyséotomie le 11 juillet 1892.

Fistule vésico-vaginale. — Pendant plusieurs mois, des fistules suppurent par la plaie abdominale.

Etat de la malade 7 mois après l'opération, le 9 février 1893. — Pendant tout l'hiver, grandes douleurs, la plaie suppure toujours ; après la sortie d'une esquille, la suppuration et les douleurs disparaissent. Besoin impérieux d'uriner.

La malade peut à peu près bien travailler, mais elle est un peu plus fatiguée le soir, et se fatigue plus vite qu'auparavant. Fort prolapsus qui existait déjà antérieurement, mais qui s'est exagéré.

Elle marche et se baisse sans fatigue. Elle s'occupe simplement de son ménage et ne marche qu'avec un bandage.

La symphyse bâille en avant et en arrière de trois quarts de centimètres. L'articulation sacro-iliaque présente un déplacement plus considérable que celui qu'on observe chez les femmes qui n'ont pas été symphyséotomisées.

En octobre, opération de la fistule, guérison.

Observation V

(Résumée)

H. Fritsch. Centralbl. für Gyn. 12 mai 1894, p. 454.
In Th. Jorand.

VI pare, diamètre conj. diag. : 9 cm 75. Symphyséotomie le 20 septembre 1892.

Du quatrième au septième jour, un peu de fièvre le soir ; au neuvième jour se déclare une incontinence d'urine, et on constate l'existence d'une *fistule vésico-vaginale*. L'auteur attribue la fistule à ce que, dans le cours de l'opération, dans le but d'éviter une hémorragie profonde, il avait fait des sutures. L'aiguille a pu atteindre la vessie; le fil a coupé plus tard et produit la fistule. Celle-ci a été réparée ultérieurement.

Observation VI

(Résumée)

Schauta. Centralb. für Gyn. 6 mai 1893, p. 432.
In Th. Jorand.

Primipare, 24 ans, cyphose, bassin en entonnoir. Diamètre transverse 7 cm. 5 ; droit 9 cm. 5.

Symphyséotomie le 4 février 1893 et extraction facile d'un enfant vivant de 3250 gr. Après l'opération je *constatai au côté gauche la présence d'une déchirure qui commençait au niveau de l'urèthre, s'étendait le long de ce canal sur toute la paroi antérieure du vagin et atteignait le col de la vessie.*

Observation VII

Madurowicz, d'après Chercha. Répert. univ. d'Obst. et de Gyn. Avril 1894, *in* Th. Jorand.

Primipare, 27 ans, à terme. Bassin aplati. Conj. diag. = 9 cm. - 9 cm. 5.

Le professeur Madurowicz tenta d'extraire le fœtus par une application transverse du forceps sur la tête située au détroit supérieur. Cette tentative resta inefficace. On fit alors la symphyséotomie (15 février 1893), en conservant le ligament pubien ; à la suite de cette section, les os pubiens s'écartèrent de 1 cm.,mais la tête ne s'engagea pas dans l'excavation malgré des douleurs assez fortes. On enferma donc le forceps qui était resté appliqué sur la tête ; après une traction énergique, la tête descendit dans l'excavation ; l'écartement du pubis augmenta de cinq à six cm. ; par une compression exercée sur les trochanters, les aides cherchaient à rapprocher les os. Cette seule traction ne suffit pas à extraire la tête qui garda sa situation transverse ; on plaça donc les cuillers du forceps dans le diamètre oblique droit et on exécuta la rotation dans la traction suivante ; ensuite, on chercha à ramener l'occiput sous la symphyse : il y eut en ce moment rupture des parties molles avec hémorragie assez abondante; on tamponna les endroits saignants ; au moment où la tête glissait sur le périnée, on entendit un léger bruit. Enfant vivant B. P. = 105.

Après la terminaison de l'opération, on constata les lésions suivantes des organes génitaux : 1° la rupture du cervix du côté droit ; 2° la rupture du vagin au niveau du

cul-de sac droit ; 3° *la rupture de la vessie en avant et à droite, avec arrachement de l'urèthre qui était déplacé à gauche*, ainsi que le clitoris, également détaché de son point d'insertion normal ; 4° la rupture du périnée. On sutura convenablement toutes ces lésions, sonde à demeure dans la vessie.

Pendant les suites opératoires, il faut noter une élévation de la température le sixième jour et le *décollement des bords de la plaie vésicale suivi de l'écoulement de l'urine par le vagin et par l'angle supérieur de la plaie au niveau de la symphyse*. Durée de la fièvre : 4 semaines. Cicatrisation lente des plaies du vagin et de la symphyse avec *persistance de la fistule vésicale, dont l'orifice externe était situé au niveau du vestibule à côté du méat urinaire*. Amélioration considérable de l'état général de la malade ; absence de modification de la démarche et de mobilité dans la symphyse.

Observation VIII

Wotherspoon. — Med. News, 5 novembre 1894, *in* Th. Jorand.

A l'éditeur du Med. News.

Monsieur,

Jusqu'alors le cas suivant de symphyséotomie n'a pas été publié. J'ai fait l'opération sur Mme M..., en août 1893, et extrait un fœtus vivant pesant 15 livres et demi. L'enfant vécut huit jours, succombant non des suites de l'opération, mais d'une diarrhée aiguë, dont en même temps souffraient les personnes de la maison. L'excessif écartement des parties sous-symphysiennes occasionna *une déchirure commençant au côté gauche du méat uri-*

naire et s'étendant le long du côté de l'urèthre, empiétant sur la vessie. Cette déchirure a été réparée et la malade est guérie aujourd'hui.

Observation IX

(Résumée)

Pinard (XXVI[e] Symphyséotomie). Clinique Baudelocque (*Ann. de gyn.*, janv. 1894.)

H..., primipare, ayant eu des abcès multiples au niveau de la hanche droite à l'âge de 4 ans. Depuis, ankylose et claudication.

Arrêt de développement très marqué du membre inférieur droit. Nombreuses cicatrices dans toute la portion droite du bassin, aussi bien au niveau de l'articulation coxo-fémorale qu'au niveau de la symphyse sacro-iliaque. Ankylose du fémur sur le bassin empêchant tout mouvement d'abduction. Soumise à l'anesthésie le 30 octobre, on constate que le diamètre promonto-sous-pubien mesure 103 et qu'il y a une projection de la tubérosité ischiatique droite. Le bassin est asymétrique ; l'arcade du pubis est rétrécie par le redressement du côté droit. Il est impossible de percevoir un mouvement au niveau de l'articulation sacro-iliaque.

Symphyséotomie le 15 novembre 1893. Ecartement provoqué 4 centimètres. A ce moment, on reconnaît que le bassin s'ouvre surtout du côté gauche. Le pubis du côté droit, beaucoup plus petit, très anguleux, est très peu mobile.

Extraction d'un enfant vivant à l'aide de forceps. *Le 17 novembre, on enlève le tampon vaginal, et à partir de ce moment l'urine s'écoule par le vagin et l'on reconnaît une fistule vésico-vaginale.*

Cette femme se lève pour la première fois le 15 décembre et marche très bien. *Elle ne retient pas ses urines ; celles-ci s'écoulent continuellement par une fistule vésico-uréthro-vaginale d'origine traumatique et résultant de la pression exercée par l'angle du pubis immobile, au moment de l'extraction de la tête par le forceps.*

La malade va être opérée incessamment de cette fistule.

Suite de l'observation ci-dessous d'après Varnier. Congrès de Moscou (Annales de gynéc., septembre 1897, p. 199).

« La malade a été opérée à deux reprises par M. Segond. Malheureusement, la réparation ne se fit qu'incomplètement et la patiente se refusa, et s'est refusée depuis lors, à une opération complémentaire. Elle a été revue à maintes reprises. Sa santé est parfaite, *mais elle garde une fistule vésico-vaginale* pour laquelle elle porte un appareil fonctionnant malheureusement trop bien, puisqu'il lui fait rejeter actuellement les secours du chirurgien. »

Observation X

(Résumée)

Audebert, *Arch. de toc.*, février 1895. *In* Th. Jorand.

Primipare, 23 ans. Bassin rétréci dans tous ses diamètres : diam. p.-s. pub., 10 c. 1/4.

Début du travail le 6 mars 1894.

Le 8 mars, forceps sans résultat.

A 8 heures et demie du matin, symphyséotomie par le professeur Moussous.

Ecartement provoqué : 6 centimètres.

Au détroit inférieur, la tête est située presque transversalement. Avant de dégager dans cette position, on

recommande aux aides de rapprocher les jambes, mais, soit à cause du volume considérable de la tête, soit que les aides n'exécutent pas bien cette manœuvre, le passage de la tête au détroit inférieur produit un écartement considérable du pubis, et *la presque totalité des parties molles situées au devant de la symphyse se rupture complètement.* L'écartement, non mesuré, a dû être à peu près de 8 centimètres. Enfant vivant, 2,890 gr. Tête très ossifiée, diam. B. P., 10 centimètres.

A grand'peine, on trouve les éléments constitutifs de la paroi vaginale : l'urèthre, la vessie, les petites lèvres, etc. La voûte et la paroi antérieure du vagin manquent complètement. Entre l'incision présymphysienne et la déchirure se trouvent seulement deux lambeaux de muqueuse vaginale, extrêmement ténus et minces, qui traversent parallèlement la plaie. La petite lèvre droite est presque complètement séparée de ses insertions et n'est retenue que par un de ces ponts muqueux.

A peu près au centre de la plaie béante, portée un peu vers la gauche, existe une masse charnue, au centre de laquelle on reconnaît le méat urinaire, qui est intact ; une sonde introduite dans le méat pénètre dans l'urèthre et suit ce canal pendant 3 centimètres environ, puis se fait jour au milieu de la plaie, où elle se perd. Voici ce qu'on distingue au premier abord :

En écartant les bords de la déchirure et en examinant les parties profondes, on s'aperçoit que le cul-de-sac vaginal antérieur est absolument déchiré tout près des insertions utérines, et que *la vessie, complètement séparée du vagin et remontée derrière les pubis, est aussi déchirée.*

Quand, avec beaucoup de difficultés, on a pu retrouver les lèvres de la déchirure vésicale et y placer les fils, on voit que *cette déchirure vésicale, qui siège sur la paroi*

antérieure, est à peu près transversale et peut admettre au moins deux doigts.

La rupture de la paroi vaginale antérieure se rejoint d'un côté à la section de la petite lèvre droite, et de l'autre se continue avec un décollement qui descend jusqu'au niveau de la fourchette.

En résumé, éclatement de la voûte vaginale ; détachement de la petite lèvre droite, décollement de la paroi latérale du vagin à gauche ; *rupture de la base de la vessie à gauche, sur une étendue de 3 centimètres environ.*

On répare ces lésions à l'aide de nombreux points de suture. Sutures de la plaie pubienne profondes et superficielles. Sonde à demeure. A peine réveillée, la malade s'agite beaucoup et retire à plusieurs reprises la sonde.

Les urines sont gardées par la vessie jusqu'au 12 mars.

13 mars. — Le matin on s'aperçoit *que l'urine ne s'échappe plus par la sonde, mais coule par le vagin.*

16 mars. — Quelques petites plaques de muqueuse vaginale sphacélées ont été entraînées par les injections, et les surfaces à vif bourgeonnent très bien. Ablation de toutes les sutures. Réunion parfaite des sutures vagino-cutanées.

Fistule de la vessie.

16 avril. — On fait passer la malade au service de M. le professeur Demons, qui doit réparer sa fistule vésico-vaginale.

Sur la partie antérieure du vagin, en un point correspondant au bas-fond de la vessie, part une fente ou fistule vésico-vaginale de 2 à 3 cent. de largeur, se dirigeant en avant et sur la ligne médiane. Par cette fistule se fait un écoulement incessant d'urine. Odeur caractéristique. Coloration et excoriation par l'urine de la face interne des cuisses.

On l'opère à trois reprises le 26 avril, le 17 mai et le 7 juin.

Elle sort guérie le 22 juin.

Observation XI

(Résumée)

Jarman. — *Americ. J. of. obst.*, déc. 1894, p. 873, *in* th. Jorand.

Anna M..., accouchement d'un mort-né de 6 mois 1/2, 6 ans auparavant.

Bassin généralement rétréci. Conj. vrai., 3 pouces 1/2.

Symphyséotomie le 31 juillet 1894, facile.

L'extraction de l'enfant fut une des plus difficiles que l'opérateur ait jamais rencontrées.

Pendant l'extraction, *la vessie fut comprimée contre l'angle du pubis et déchirée.* Un drain fut introduit à travers la blessure et dans la vessie, drainant la vessie au bas à travers l'urèthre.

Le drain fut enlevé le deuxième jour, et la blessure de la vessie guérit sans difficulté. Guérison complète. Enfant bien vivant.

Observation XII

(Résumée)

Due à l'obligeance de M. Lepage, *in* th. Jorand.

M... Octavie, 27 ans, V pare. Entre dans le service le 6 septembre 1895, la dilatation étant complète. Cinq applications de forceps, en ville, sans résultat. Urine sanguinolente. Temp. : 38°2. Prom.-s.-pub. : 10 cent.

Trois applications du levier préhenseur-mensurateur sans résultat.

Symphyséotomie. Ecartement de 5 cent. Hémorragie.

Présentation du front, deux applications de forceps, extraction d'un enfant vivant.

Déchirure vulvaire. On ne voit plus l'orifice uréthral au milieu de la plaie.

8 septembre. — *La malade perd par le vagin un flot d'urine, puis elle perd son urine goutte à goutte.*

Du 9 au 13, même état.

28 septembre. — M. Lepage examine la femme et constate que le liquide injecté dans la vessie ressort par le col utérin et conclut à une *fistule vésico-utérine.*

Jusqu'au 16 octobre même état.

30 octobre. — La femme marche facilement, la miction est normale ; cependant lorsque la malade marche, elle se sent mouillée par les urines. A l'examen du vagin on voit s'écouler de l'urine par l'orifice utérin.

Observation XIII

(Résumée)

M. Ayers Edward. — Maternité de New-York, *in* Th. Rubinrot

K... L..., 29 ans, secondipare ; pour son premier accouchement, elle est restée une semaine en travail. Enfant à terme mort-né.

Grossesse actuelle : A terme OIGA pp. m. : 8,7.

Particularités. — Vagin remarquablement déformé par une cicatrice longitudinale, s'étendant de la partie postérieure du col jusqu'à 5 cent. de la commissure postérieure, et par un anneau cicatriciel épais, embrassant l'ostium du vagin entièrement, et réduisant beaucoup l'ouverture. Tout le plancher pelvien est dur, cicatriciel inélastique.

Etat de l'enfant excellent.

Incision de la bande cicatricielle et de l'anneau.

Forceps et tractions.

Symphyséotomie le 14 février 1896 ; grande difficulté de rapprocher les pubis, à cause de la rigidité des parties molles.

On fait une application de forceps, fortes et longues tractions.

Enfant tête déformée, moulée Bi-P : 9 c. 11.

Suites de couches. — Elévation de température, grâce à une double escarre du tissu cicatriciel vaginal, à une fistule en dedans du sphincter anal interne, et *à une escarre de la base de la vessie. Incontinence d'urine et de matières fécales par suite des escarres.*

La plaie pubienne n'est pas infectée et guérit en 8 jours.

La malade meurt le 33[me] jour de pneumonie.

Observation XIV

(Résumée)

Büssemaker. — Centralb. für Gynäk, 15 septembre 1894, *in* Th. Jorand

Primipare 19 ans, conj. diag. : 10 ; ext., 18.

Symphyséotomie le 20 septembre 1893. Faible hémorragie.

Extraction facile de l'enfant avec le forceps. Ecartement de la symphyse de plus de 5 cent. Episiotomie. Enfant vivant. Hémorragie profuse de plusieurs déchirures du col, dont une atteint la cavité péritonéale.

30 septembre. — *Faible incontinence d'urine ; fistule vésico-vaginale,* par laquelle on peut introduire une sonde moyenne.

La plaie de la symphyse granule bien ; diastasis de

2 cent. encore. La parturiente quitte plusieurs fois son lit sans incommodité dans la marche.

25 octobre. — La symphyse bâille encore d'à peu près un centimètre. Plaie presque fermée, issue d'une petite esquille.

La malade se lève.

De la fistule vésico-vaginale coule seulement quelques gouttes d'urine lorsque la vessie est pleine.

Au commencement de novembre la plaie est cicatrisée; une légère incontinence subsiste.

25 novembre. — La malade quitte l'hôpital. *La fistule vésico-vaginale n'est pas encore complètement fermée.*

Très peu gênée.

Marche aussi facile qu'avant l'opération, malgré un léger diastasis des pubis.

Dimensions du bassin : conj. ext. : 18,5; conj. diag. : 10,5.

Observation XV

(In extenso)

Clinique Baudelocque, femme opérée par M. Wallich. — D'après *Ann. de gynéc.*, sept. 1897, p. 199.

Suzanne M..., primipare, entre à la clinique Baudelocque le 19 novembre 1896, à 6 heures du matin, venant de l'asile de l'avenue du Maine.

Elle mesure 1 m. 50, ne sait pas quand elle a marché, mais a toujours bien marché et ne présente aucun stigmate de rachitisme.

Dernières règles du 8 au 10 février. L'enfant vivant se présente par le sommet, non engagé, en droite transversale. Le bassin est vicié. Le diamètre promonto-sous-

pubien, mesuré par M. Pinard, est de 108 millim., soit environ 93 millim. de P. P. M.

A son arrivée, le travail est commencé, la dilatation débute.

A 7 h. 30 du soir, la dilatation marchant lentement et les membranes étant rompues, Mlle Roze, sage-femme en chef, introduit dans le segment inférieur un ballon Champetier de moyen calibre (200 gr.). Très rapidement ce ballon est expulsé au travers d'une dilatation complète et l'on constate une procidence du cordon. Elle est réduite manuellement et les battements cardiaques, qui étaient montés à 140, puis redescendus à 100, se maintiennent à 120. Prévoyant qu'une symphyséotomie sera nécessaire, Mlle Roze introduit, à 11 heures 55 du soir, un second ballon de Champetier de gros calibre, qui est gonflé et maintenu dans le vagin.

A minuit 20, M. Wallich, prévenu que le travail ne fait pas de progrès, pratique la symphyséotomie.

Commencé à minuit 23 par l'extraction du ballon, l'opération est terminée à minuit 35 pour ce qui est de la section de la symphyse. L'écartement pubien est porté à 45 millimètres seulement, à l'aide de l'écarteur à vis de Pinard. A minuit 45, M. Wallich fait sur la tête, qui reste très élevée, une application de forceps promonto-pubienne ; il éprouve quelque difficulté à introduire et à placer la cuiller antérieure. Les tractions d'engagement commencent à minuit 47, et ce n'est qu'à une heure du matin (soit après 13 minutes) que l'extraction peut être terminée. La tête, qui s'est engagée facilement aux premières tractions, en poussant l'écartement pubien à 60^{mm}, est retenue par l'orifice incomplètement dilaté, retenue à ce point que M. Wallich y épuise ses for-

ces et qu'il est obligé d'abandonner à Mlle Roze le soin de terminer cette extraction forcée.

L'enfant, en état de mort apparente, ranimé, pèse 3.250 gr.

Diam. bi-par. : 93^{mm}.S. O. F. : 110^{mm}.
O.M. : 130^{mm}.
O.F. : 140^{mm}. Bit. : 76^{mm}.
S.O.B. : 100^{mm}. S. M. B. : 110^{mm}.

En pratiquant l'examen du vagin aussitôt après l'extraction, on constate que son plafond est effondré ; on sent à nu les deux corps caverneux du clitoris et entre eux la vessie. Il est impossible de pratiquer le cathétérisme de l'urèthre qu'on ne retrouve pas.

M. Wallich se contente de faire un tamponnement vaginal bien serré sans réparation immédiate *des déchirures vésico-vaginales.* Suture de la plaie opératoire au fil d'argent, 2 points profonds et 2 superficiels. Suites des couches normales. *Mais toute l'urine s'écoule par le vagin d'une façon continuelle.* Le 28 novembre, ablation des fils. Réunion par primam de la plaie opératoire.

Incontinence complète d'urine due à une perforation du col vésical admettant aisément l'index.

Cette femme, gardée dans le service comme nourrice, a été soumise, depuis le 23 mars 1897, par le docteur Baudron, actuellement chef de clinique de M. Pinard, à une série d'opérations réparatrices.

Etat de la femme Suzanne X .., avant la première opération, 23 mars 1897 :

La vessie est réduite à son bas-fond, sa paroi postérieure, une partie du sommet et les parois latérales, il n'existe plus de paroi antérieure ni d'urèthre. Cette calotte vésicale adhère en haut au 1/3 supérieur de la face posté-

rieure de la symphyse et sur les côtés à la face postérieure des branches descendantes des pubis. La muqueuse fait hernie à travers une brèche mesurant toute l'étendue comprise entre le col utérin et l'ogive pubienne. A gauche, il existe un cordon fibreux du volume du petit doigt, vestige problable de l'urèthre détruit.

On a pratiqué chez elle 3 opérations, l'une le 23 mars, la deuxième le 18 mai, et la troisième le 15 juin, dont on trouvera tous les détails dans les *Annales de Gynécologie* (septembre 1897, p. 201). Actuellement, septembre 1897, la malade est encore en traitement.

Observation XVI

Zweifel. — Congrès de Moscou. *Ann. de gynéc.*, oct. 1897.

Il cite un cas où la gaze iodoformée placée en arrière de la symphyse s'étant échappée, il se servit pour la ramener au dehors d'une pince avec laquelle *il lésa la vessie*. La guérison fut *spontanée* mais longue.

Observation XVII

Lepage. — *Ann. de gynéc.*, déc. 1900.

Femme X..., ayant eu trois accouchements spontanés avec trois enfants morts pendant le travail.

Première symphyséotomie en 1896 (Lepage), enfant vivant. Deuxième symphyséotomie en 1899. Consécutivement escarre sacrée, *fistule vésico-vaginale*. Opérée avec succès par M. Baudron. Enfant vivant.

Observation XVIII

(Inédite)

Clinique chirurgicale de M. le professeur Forgue (Montpellier)
(Observation que nous devons à l'obligeance de M. Abadie)

Roméo Françoise, 35 ans, domestique.

Antécédents. — Jamais malade, très gaillarde, ne sait pas si elle a marché plus tard que les autres enfants.

Réglée à 15 ans, abondamment, sans douleurs.

Il y a 8 mois, accouchement à Marseille. On est obligé de pratiquer la symphyséotomie (professeur Queirel). Enfant vigoureux de 3 kilogr. 500, mis en nourrice, mort à 2 mois ; sa mère avait du lait, mais brusquement le lait cessa.

Reste 1 mois au lit, puis la malade sort, portant toujours sa ceinture ; depuis reste au lit pendant 1 mois environ. *La malade constate qu'elle perd ses urines.* Marche bien.

Maladie actuelle. — Depuis sa symphyséotomie datant de 8 mois, la malade perd ses urines.

Etat actuel : 1° *Symphyse.* — La symphyse est restée disjointe et les pubis sont distants de 1 centim. au moins ; à la partie supérieure de la symphyse seulement, il existe un pont dur de tissu fibreux, mais dans la partie inférieure, on peut introduire le bout de l'index qui se coince entre les 2 pubis ; à ce niveau, il existe du tissu d'aspect bourgeonnant de cicatrisation.

2° *Urèthre. — Il n'existe plus en tant que canal. La paroi antérieure (si elle existe) est sans doute reportée dans l'angle commissural sous-symphysien, quant à la paroi postérieure elle n'existe plus.*

3° *Vessie.* – *De la sorte, la vessie dont la région du col et du bas-fond est détruite s'ouvre par un large hiatus dans le vagin. Il existe en somme un cloaque, une véritable exstrophie intra-vaginale, la muqueuse de la paroi supérieure de l'organe tendant à se hernier dans la vaste perte de substance de la cloison vésico-vaginale.*

Opération le 21 janvier 1903. — Rachicocaïnisation, 0 gr. 03 centigr. Au début, rien, ni céphalée, ni vomissements. Tardivement au cours de l'intervention, nausées, puis, vers la fin, besoin irrésistible de sommeil, pâleur considérable de la face, cœur intermittent et bientôt pouls non perceptible, cœur non perceptible, extrémités froides. Cependant la respiration demeure ample mais la malade ne respire qu'au commandement. Ainsi durant 10 minutes environ, injection de caféïne, d'éther, compresses chaudes sur la tête et sur la région précordiale, marteau de Mayor. Palpation et massage transdiaphragmatique du cœur. Oxygène. Peu à peu le cœur redevient perceptible, le pouls également et la crise bulbaire se termine peu à peu vers midi ; 1 heure après, nouvelle crise.

2 pinces à abaissement sur le col utérin servant à repousser le col en arrière et venant obliquement contre la commissure supérieure sous-pubienne. Grâce à cette rétropulsion du col, les côtés du cloaque sont bien tendus et on commence à libérer sur les côtés par 2 incisions suivant l'axe 2 lambeaux à charnière latérale que l'on joint par un surjet sur la ligne médiane. Mais ce pont n'existe encore que dans la moitié inférieure du vagin, laissant persister en haut vers le col une boutonnière par laquelle passent les pinces fixées sur le col, pinces qui, de la sorte, ont leur partie supérieure dans le vagin et l'autre partie vers le manche, dans le nouvel urèthre.

On change alors la position des pinces qui passent par en bas par le vagin et attirent en bas et en avant le col de l'utérus dont la face antérieure devient plus visible et rend accessible la boutonnière qui persiste. On rejoint alors les extrémités supérieures des 2 précédentes incisions par une incision en fer à cheval dont l'anse fait presque le 1/2 cercle autour du museau de tanche en avant, et on suture les lèvres cruentées ainsi déterminées. La cloison est donc complète.

Sonde à demeure, tamponnement en arrière.

Dans la suite deux opérations complémentaires ont été nécessitées, l'une pour fermer une petite fistule persistante dans la partie la plus reculée, l'autre pour refaire la portion uréthrale.

La première a été pratiquée suivant le procédé d'avivement à deux plans de Braquehaye ; la seconde, qui n'a pas pu donner de résultats parfaits de continence, a consisté dans l'avivement et la suture des deux bords de la brèche antérieure.

Ces diverses interventions ont nécessité un séjour prolongé de la malade à l'hôpital.

Quand elle est sortie, à la date du 6 août 1903, sa situation au point de vue de la réfection anatomique de la cloison recto-vaginale était très satisfaisante, mais il n'en était pas de même de la reconstitution fonctionnelle. Au lit la continence était absolue ; dans la position assise elle était à peu près complète, mais dans la position debout la malade perdait encore une certaine quantité de ses urines, c'est ainsi que tantôt elle avait encore le temps de se présenter au vase et de satisfaire son besoin sans incontinence, et tantôt le besoin était tellement pressant qu'avant d'être satisfait il s'accompagnait de l'issue involontaire d'une partie des urines.

B.— 13 observations de lésions uréthrales cataloguées par ordre chronologique

Observation XIX

(Résumée)

Postiglione. — *In* thèse Jorand.

Primipare, 33 ans, bassin aplati, rachitique ; conjugué diag., 10 centim. ; conjugué vrai, 8 centim. En travail depuis 4 jours ; poche des eaux rompue artificiellement depuis 7 heures.

Symphyséotomie le 22 avril 1891. Application de forceps. Extraction facile. Enfant vivant. Mère guérie.

Fistule uréthro-vaginale. Suites de couches fébriles. Marche bonne.

Observation XX

(Résumée)

Tollemer. — *In* thèse de Gotchaux, Paris, 1893.

Multipare, bassin de 8 centim. 5 à peine de promonto-pubien minimum.

Symphyséotomie le 20 janvier 1893. Après section de la symphyse, écartement de 3 centim. Pas de sang. Application transversale du forceps Tarnier sans succès. *A peine est-il retiré qu'il s'écoule du sang par l'urèthre.*

Le vagin est intact, mais immédiatement au-dessous du

clitoris nous constatons une déchirure de la muqueuse au-dessus du tubercule antérieur du vagin ; cette déchirure, oblique de gauche à droite et d'avant en arrière, présente 3 à 4 centim. de longueur.

Deuxième application du forceps infructueuse. Version et extraction d'un enfant vivant.

Après toilette de la plaie opératoire et de la déchirure du vestibule, *nous essayons d'introduire une sonde dans la vessie, mais, après avoir parcouru 1 centim. environ derrière le méat, la sonde sort dans le tissu cellulaire et il est impossible de trouver le bout postérieur.*

Suture de la plaie et drainage. La déchirure du vestibule est laissée sans suture. *Dans la matinée, des tentatives de cathétérisme sont faites mais restent infructeuses. La femme urine spontanément dans son pansement le 21 ;* volontairement et abondamment à partir du 24. *L'urine sort par la fissure.*

Fièvre pendant quelques jours ; la température monte jusqu'à 39°6 le soir. Le 23, état général bon ; cependant langue un peu sèche et ventre légèrement ballonné, mais non douloureux.

Le 24, la plaie pubienne paraît bien réunie. L'état de déchirure est satisfaisant ; elle forme une petite perte de substance située entre le méat et le clitoris.

A sa sortie la malade urinait exclusivement par le méat et sans difficulté. (Varnier, bilan de la symphyséotomie.)

Le 20 février, elle marchait en se balançant *d'une façon* assez marquée (Gotchaux).

Observation XXI

Chroback. — (D'après Léopold Von Dittel, *Centralb. für gyn.*, 10 juin 1893 *In* th. Jorand)

Primipare, 26 ans, entre à terme dans le service de Chroback, à Vienne, le 17 mars 1893.

Conj. diag., 10; conj. vrai, 8. Double promontoire, bassin canaliculé.

19 mars, 5 heures du soir, dilatation à peu près complète.

20 mars, 11 heures du soir, orifice utérin un peu rétréci, mais dilatable; température, 37°7.

Après application du forceps de Breusch et trois tractions sans succès, symphyséotomie à minuit. Hémorragie assez abondante provisoirement tamponnée. L'extraction de l'enfant est encore pénible, malgré un écartement de 7 cm. Episiotomie. Au moment où la tête arrive au milieu de l'excavation, on assiste à la déchirure des tissus vers le clitoris. Au dégagement, on refoule par dessus la tête la paroi vaginale antérieure. Enfant de 3.750 grammes, mort le lendemain d'hémorragie méningée.

On constata à ce moment sur la mère *une déchirure passant obliquement sur l'urèthre, qui est détaché du clitoris. On eut beaucoup de mal à trouver l'urèthre, qui fut fixé avec quelques points de suture, mais ces sutures ne tinrent pas dans les tissus mâchés et on remit les choses au lendemain.*

En arrière, déchirure du vagin, le rectum est à nu. Déchirure du col à gauche allant jusqu'à l'insertion vaginale.

On fit des points de suture et l'hémorragie persistant, il fallut tamponner. Les extrémités pubiennes furent rapprochées avec des fils d'argent. A la fin de l'opération, l'écartement du pubis était de 4 cm. Drainage de l'angle inférieur de la plaie avec de la gaze iodoformée qui sort à côté du clitoris.

Femme très anémiée en collapsus.

Les excitants, les injections d'éther, le cognac parviennent à la ranimer.

21 mars au matin. Etat un peu meilleur.

A 11 heures et demie, on se met à la recherche de l'urèthre. Syncope ; on parvient à ranimer la malade. La vessie n'étant pas distendue, on attend.

A 4 heures, pouls radial introuvable, dyspnée, jactation. T. 36°3, pouls de la carotide 132. On injecte 800 grammes d'eau salée sous la peau.

7 h. 14, on enlève le tampon vaginal.

Deux doigts introduits dans le vagin rencontrent un caillot assez volumineux. On trouve à gauche des tissus mâchés peut-être une déchirure. On y applique un tampon.

8 h. 30, mort.

Autopsie. — On y relève les particularités suivantes : déchirure de la partie supérieure de la petite lèvre gauche, arrachement du clitoris, déchirure du périnée, le rectum à nu.

Col de l'utérus élargi, muqueuse tuméfiée infiltrée présentant par places un enduit grisâtre, plusieurs déchirures longitudinales à droite et en arrière.

En avant et à gauche, déchirure longitudinale intéressant toute l'épaisseur de la paroi allant se perdre dans le tissu cellulaire situé entre l'utérus et la vessie. Celle-ci renferme un peu de liquide trouble, muqueuse congestionnée, la paroi postérieure et le trigone sont œdématiés.

Urèthre infiltré de sang arraché à 1 cm. en arrière du méat, sur les trois quarts de sa périphérie, ne tenant plus que par sa partie inférieure.

Vagin élargi, infiltré de sang, largement déchiré, une longue déchirure longitudinale va à gauche de la vulve jusqu'au tissu cellulaire du bassin; une seconde déchirure, tout à côté de l'urèthre, s'arrête à 2 cm. de la vulve. La symphyse est ouverte et présente un écartement d'un doigt.

Dans le bassin on trouve un œdème du tissu cellulaire qui entoure les symphyses sacro-iliaques; après section des ligaments, les articulations bâillent de 4 mm.; elles renferment du sang épanché; le périoste avoisinant est infiltré de sang.

L'anémie est la cause de la mort.

Le diagnostic anatomique porte : Endométrite purulente post partum. Symphyseotomia cum ruptura urethrœ vaginæ, cervicis uteri. Diastasis utriusque articulationis sacro-iliacœ. Septicœmia. Anœmia levior grad.

Observation XXII

Smily. — *Répert. univ. d'obst.*, août 1893, p. 379, *in* th. Jorand.

Femme multipare, 10e grossesse. Huit grossesses normales, la 9e terminée difficilement au forceps.

On passe l'index gauche en arrière du pubis, et on s'apprête à sectionner le fibro-cartilage. A peine le bistouri a-t-il commencé à agir que les os s'écartent brusquement, *en déchirant les parties molles et l'urèthre.* L'hémorragie provenant des parties molles est facilement arrêtée avec quelques ligatures et *on restaure l'urèthre au catgut.*

La convalescence est marquée par un abcès et par l'échec de la réparation de l'urèthre, mais l'incontinence cède à une opération ultérieure. Suites définitives très bonnes.

Observation XXIII

Rubeska. — *Jahresbericht*, 1874, p. 753, *in* th. Jorand.

Primipare, 22 ans, bassin aplati, rachitique. C. d., 97mm. En travail depuis 24 heures. Opération le 27 septembre 1893. Incision du col de Duhrsen, forceps de Tarnier, incision médiane du périnée. Enfant vivant.

Hémorragie par inertie utérine. Tamponnement. Suture du col du périnée et de la plaie pubienne. Pas de suture osseuse. Après l'opération, anémie, défaillance, injections d'eau salée et d'éther.

Du 2e au 6e jour, fièvre jusqu'à 39°9, pouls 154. Les pubis s'écartent après l'ablation de la suture.

Au 13e jour, de l'urine suinte par l'angle inférieur de la plaie ; fistule uréthrale, qui se ferme spontanément pendant la réunion de la plaie par deuxième intention. Guérison définitive par tissu fibreux avec diastasis.

Soixante-huitième jour, sort guérie ; s'est levée le cinquante-sixième.

Les pubis chevauchent de 2 millim. seulement.

Observation XXIV

Harris. — *Americ. Journ. of obstetric.*, décembre 1894. *In* th. Jorand.

Harris rapporte la première symphyséotomie qu'il a vue, comme assistant du docteur Banga.

Femme de 35 ans, V pare ; quatre enfants morts-nés. Conj. vrai, 6 centimètres.

Au moment de l'écartement des cuisses, déchirure subite des parties molles, suivie d'une hémorragie très violente dont on ne put avoir raison qu'avec les plus grandes difficultés. Des ligatures en masse, des pinces, un solide tamponnement et une contrepression par l'introduction de la main dans le vagin ont fini par surmonter l'hémorragie.

« Ce fut une des hémorragies les plus violentes que j'aie jamais vues, et entre des mains moins expérimentées et de moins de sang-froid que le docteur Banga, il y aurait eu un résultat fatal. *Il y avait déchirure de l'urèthre avec formation de fistule, qui a été subséquemment fermée.* »

Guérison.

Observation XXV

(Résumée)

Jackson. — De la symphyséotomie, Boston, *Med. J.*, 21 fév. 1895, *in* Th. Jorand.

Il dit avoir vu à l'autopsie un cas où la paroi antérieure était tellement déchirée que l'on pouvait passer le doigt jusque dans le vagin. *L'urèthre était également rompu.*

Observation XXVI

(Résumée)

Bar. — *L'Obstétrique*, juill. 1899, p. 380

C..., bassin rétréci, P. S. P. 10c. 4, à terme O I D T. Début du travail le 8 septembre. Forceps, symphyséotomie le 8 septembre 1897. Hémorragie grave, extraction par le forceps d'une enfant en état de mort apparente, vite ranimée.

Suites de couches. — Thrombus. *Incontinence d'urine ayant disparu le quinzième jour.*

Le deuxième jour, rupture accidentelle de l'urèthre au cours du catéthérisme. Sortie le 5 octobre 1897. Revue en 1899. *Légère cystocèle.*

Observation XXVII

Zweifel. — Congrès de Moscou, *Ann. de gyn.*, oct. 1897.

L'urèthre, au moment où on enlevait la gaze, se trouva pris entre les pubis qui se compliqua d'une faiblesse consécutive de ce canal dont la guérison fut obtenue par la dissection circulaire de l'urèthre, décollement de l'urèthre du cartilage, torsion de l'urèthre à 90° suivant la méthode de Gersumy et suture de l'urèthre dans cet état de torsion.

Observation XXVIII

Zweifel. — Congrès de Moscou, *Ann. de gynécol.*, oct. 1893.

Chez une de ses opérées se produisit *une perforation de l'urèthre, accident résulté de l'emploi d'un cathéter d'homme,* on fit la suture et la femme guérit simplement.

Observation XXIX

(Résumée)

Tissier. — *L'Obstétrique,* juillet 1899, p. 382.

L..., bassin généralement rétréci, P. S. P. 9 cm. ; multipare ; O I G T.

Symphyséotomie 1er mai 1898. Extraction par le forceps

d'un enfant en état de mort apparente, ranimé. Déchirure vaginale et du col.

Abcès urineux apparu le quinzième jour, s'est ouvert à la partie supérieure de la grande lèvre droite, a nécessité le maintien d'une sonde à demeure pendant 10 jours.

Suites tardives. Début de prolapsus.

Observation XXX

(Résumée)

M. P. Carr. — *New-York*, 1898. *In* thèse Rubinrot.

X..., 39 ans, à terme, présentation du sommet ayant un bassin normal ; on pratique la dilatation manuelle, puis on fait une application de forceps. On n'a pas constaté si l'enfant était vivant ; le travail a duré 38 heures.

On pratique la symphyséotomie, l'écartement provoqué est de 5 cent. 5. Aucune hémorragie. On éprouve des difficultés à l'extraction par le forceps qui glisse ; les tractions ont duré 20 minutes. Enfant mort-né.

Suites de couches. — Femme très affaiblie, bronchite capillaire qui dure 6 semaines.

Température. Septicémie. Caillots et fragments fétides sortent de l'utérus après injection.

La réunion symphysienne ne se fait pas. Pas de traces d'infection du côté de la plaie. Ecartement interpubien de 1 cent. 27.

Douleurs dans articulations sacro-iliaques.

Le 12e jour, *fistule au niveau de la cicatrice. Il s'en écoule de l'urine qui n'est pas purulente.* La fistule se referme. Douleurs continuent dans les hanches, cuisses, sacrum. Au bout de 6 semaines, phlegmatia alba dolens.

Elle sort au bout de 10 semaines.

Observation XXXI

Latis. — *Archivio italiano di ginecologia*, febbrajo 1903, p. 53.

Chez une femme de 22 ans, ayant un bassin rétréci, dont le diamètre antéropostérieur était de 8 cent. 1/2, qui avait subi à Corfou, cinq ans auparavant, une embryotomie, il pratiqua chez elle la symphyséotomie le 10 avril 1900. Elle eut un enfant mort.

L'infirmière qui l'assistait directement au moment du passage de la tête à travers la filière pelvienne élargie par la symphyséotomie, au lieu de résister de façon à ne pas permettre un écartement trop considérable et de protéger les parties molles, lâcha prise juste au moment où il exécutait la manœuvre de Mauriceau, à laquelle naturellement il devait donner la preférence afin de diriger les efforts les plus grands sur la partie postérieure du bassin. Les conséquences furent *une déchirure* de la paroi antérieure du vagin et *de l'urèthre* ainsi qu'une hémorragie importante qu'il réussit à arrêter.

Suture de la symphyse. Réunion par première intention.

La patiente eut *de l'incontinence d'urine pendant 8 mois.* Elle eut ensuite une nouvelle grossesse ; elle accoucha très facilement d'un bel enfant actuellement vivant et bien portant.

La femme n'a aucun trouble.

La femme et l'enfant furent présentés à la séance de la Société médicale d'Alexandrie du 20 décembre 1902.

C. — Troubles urinaires purement fonctionnels

1° Incontinence d'urine, 37 observations

2° Parésie vésicale, 2 observations

(Obs. 53. — Obs. 58)

Observation XXXII

(Résumée)

Service du professeur Queirel. — *(Ann. de gyn.*, 1893. *In* thèse Abelly)

Xavière C..., 34 ans, entre à la Maternité le 10 mars 1892, à terme, multipare, OIGT, PSP, 11 centim. A la dilatation complète, M. Beltrami, interne du service, après 2 applications de forceps infructueuses, pratique la symphyséotomie, 6 centim. d'écartement, forceps, délivrance naturelle. L'enfant, né en état de mort apparente, est ranimé, mais il succombe quelques heures après. Poids 3.500 gr. B. P. = 10 cm. 5. La femme sort le 25 mars malgré l'avis du professeur Queirel.

Revue en novembre 1898, elle a eu depuis deux enfants, tous deux vivants ; la démarche est mal assurée et douloureuse, ankylose presque complète de l'articulation coxo-fémorale droite avec atrophie musculaire marquée de tout le membre inférieur du même côté. Elle ressent de violentes douleurs au niveau de l'articulation sacro-iliaque droite et dans le côté externe de la cuisse ; *de temps en temps elle a un peu d'incontinence d'urine.*

Tous ces accidents sont survenus quelque temps après la symphyséotomie.

Observation XXXIII

Mullerheim. — *Ann. de Gyn.*, août 1892, p. 129, et Mémoire de Neugebauer. p. 210, *in* th. Jorand.

Femme III pare. Symphyséotomie le 29 avril 1892 par Freund. *L'urine retirée par le catéthérisme est un peu sanguinolente.*

Suites de couches. Hématome de la grande lèvre droite qui a suppuré. Le voisinage des articulations sacro-iliaques est spontanément sensible et très douloureux à une pression moyenne sur le sacrum. Cette douleur a disparu le 2 mai.

Elle quitte la clinique le 29 mai.

Revue 8 mois après. *Incontinence d'urine même en dehors de la toux ;* le pessaire de Meyer n° 75 ne fait pas disparaître complètement l'incontinence d'urine.

La femme, qui auparavant se livrait à tous les travaux des champs, ne peut plus le faire maintenant et doit se borner à faire son ménage, et encore ne le peut-elle qu'en portant une ceinture, sans laquelle elle ne pourrait rien faire.

Observation XXXIV

(Résumée)

Symphyséorrhaphie, due à l'obligeance de M. le Dr Tuffier, *in* Th. Jorand.

Primipare, 28 ans, bassin rachitique, diamètre minimum, 68 mm. Présentation du sommet.

Symphyséotomie faite par Ribemont le 8 juin 1892. Extraction, par le forceps d'un enfant vivant ; poids 3,350 gr., diam. Bi P. 90 mm. Femme guérie.

Elle rentre dans le service de M. Tuffier le 26 avril 1893. *Depuis son opération elle perd continuellement ses urines.* L'urèthre est considérablement dilaté. Le 8 mai on lui fait une symphyséorrhaphie. L'incontinence d'urine diminue chaque jour, et la malade sort le 29 juin, ne perdant plus ses urines.

On a revu cette femme le 25 décembre 1895. *L'incontinence d'urine a reparu aussitôt après sa sortie de l'hôpital, et plus intense même qu'auparavant, au dire de la malade ; elle a toujours persisté depuis.*

Observation XXXV

(Résumée)

Baumm d'Oppeln. — Beitrag zur symphyseotomie. Central für Gynäk. 8 avril 1893, *in* Th. Jorand.

Primipare 24 ans. Symphyséotomie le 27 novembre 1892.

Eut de l'incontinence d'urine à partir du 2e jour. Le 44e jour la malade se lève. *Incontinence d'urine qui disparaît bientôt.*

Observation XXXVI

(Résumée)

Olshausen. — Congrès de Breslau, mai 1893, d'après les *Ann. de Gyn.*, août 1893, p. 147, *in* th. Jorand.

Symphyséotomie le 17 janvier 1893.

Il y eut déchirure importante des parties molles derrière la symphyse, vraisemblablement produite par l'application du forceps qui fut très difficile.

L'urèthre était intact, mais complètement séparé des parties molles.

Incontinence d'urine qui disparut progressivement après 14 jours.

Observation XXXVII

(Résumée)

R. Braun. — *Centr. für Gyn.*, 19 mai et 15 septembre 1894, *in* th. Jorand.

III pare, 28 ans.

Symphyséotomie le 7 mars 1893. Ecartement de 3 cm.

3e jour bronchite, *perte d'urine dans la toux*, sonde à demeure.

12 avril. Possibilité de marcher et de travailler comme avant l'opération.

Un mois après, *incontinence d'urine*. Electricité, massage, peu de résultats. Torsion de l'urèthre d'après la méthode de Gersumy (270°). Six mois après, continence, mais en soulevant de fortes charges, perte d'urine involontaire.

14 juin 1894. — Marche et travaille comme avant l'opération. *Incontinence d'urine en soulevant de fortes charges.*

Observation XXXVIII

(Résumée)

Chroback. — *Centralbl. für Gyn.*, 6 mai 1893, p. 433, *in* thèse Jorand.

Symphyséotomie chez une secondipare le 8 mars 1893. Diam. p.-s.-p. : 10 cent. 5. — Vaste déchirure entre le clitoris et l'urèthre. Tout était déchiré à l'exception du clitoris, qui était resté suspendu à l'arcade pubienne. On pouvait facilement atteindre la partie postérieure de la symphyse, et il était difficile de trouver l'urèthre resté intact.

Suites de couches pathologiques, incontinence d'urine jusqu'au 20 mars.

Observation publiée in-extenso par Leopold Van Dittel. — *Centralbl. für Gyn.*, 10 juin 1893.

Observation XXXIX

(Résumée)

Pinard. — (XIX[e] Symphys.), *Ann. de gyn.*, janvier 1894.

III pare, symphyséotomie le 23 mars 1893. Le 15 avril, la malade se lève et marche très bien. Il y a chez elle *incontinence d'urine*, sans qu'il y ait aucnne lésion de l'appareil urinaire ; incontinence qui a disparu sous l'influence d'un traitement électrique dirigé par le docteur Larat (parésie du sphincter vésical, d'origine hystérique).

Observation XL

(Résumée)

C. Hageman. — *Centralbl. für Gyn.*, 9 mars 1895. *In* thèse Jorand.

IV pare, conj. vrai : 7 1/4. Symphyséotomie le 26 avril 1893. Forte hémorragie au moment de la section du ligament arqué, arrêtée par le tamponnement. — Assez longtemps, suppuration de la profondeur de la plaie.

Paralysie de longue durée du sphincter vésical avec écoulement involontaire d'urine, et qui ne permet le renvoi de la malade que le 2 août.

Observation XLI

(Résumée)

V. Dittel Junior. — *(Centr. für gyn.*, 19 mai 1894, p. 489, *in* thèse Jorand).

Il s'agit d'une malade opérée par Régnier en juin 1893. La symphyséotomie a été des plus simples. Pas de lésion de l'urèthre. Dès les premiers jours du post partum, la patiente remarqua *un écoulement involontaire d'urine par l'urèthre.* Traitement par les courants faradiques sans résultats, si bien qu'elle vint de nouveau à la clinique.

On trouvait seulement sur la voûte vaginale une cicatrice peu profonde, l'orifice uréthral était assez étroit et la paroi postérieure de l'urèthre mince comme une feuille de papier.

Je fis une opération qui avait pour principe la colporrhaphie antérieure. Il n'est pas encore peut-être complètement certain que la femme reste continente après cette opération, mais jusqu'ici elle l'est.

Observations XLII, XLIII, XLIV

Zweifel. — *(Ann. de gynéc.*, juin 1893)

Signale l'incontinence d'urine chez trois femmes pendant 2 semaines, sur 10 opérées.

Observation XLV

(Résumée)

F. Schwartz. — *(Centr. für gyn.*, 12 mai 1894, *in* thèse Jorand).

Primipare, 20 ans. Conj. diag. : 9 centim. C. v. : 7 centim. Symphyséotomie le 7 novembre 1893. Écartement maximum des pubis, 2 centim. 5. Application de forceps très pénible. Contusions considérables du vagin et légère rupture du périnée.

Pendant huit jours, suites de couches normales, puis lochies fétides, endo et périmétrite avec élévation de température au-dessus de 40°. Cet état dure huit jours.

L'opérée se lève le dix-septième jour. Comme suites désagréables de la symphyséotomie, il reste une *longue incontinence des matières fécales et une incontinence d'urines plus longue encore*.

Observation XLVI

(Résumée)

Kufferath. — (*Répert. univ. d'obst.*, février 1894, et *Bull. de l'Acad. royale de Belgique,* 1894, p. 411, *in* thèse Jorand).

Femme III pare; conj. vrai = 6 c. 5. Accouchement provoqué à 8 mois, et symphyséotomie le 25 novembre 1893. Ecartement de 7 centim. Extraction d'un enfant du poids de 2.950 gr., ranimé. Suites de couches : douleur vive dans la symphyse sacro-iliaque le cinquième jour, qui s'atténue à partir du quinzième jour.

Le vingt-cinquième jour, marche en s'appuyant sur une canne.

Lorsque la femme se lève pour la première fois, *elle est atteinte d'incontinence d'urine*, et Kufferath dit le 30 juin 1894 que, d'après les renseignements qu'il a reçus depuis, *cette infirmité persistait encore*.

Observation XLVII

(Résumée)

Lepage. — *Annales de Gynécologie*, 1896.

La nommée B..., 36 ans, entre à la Maternité de Saint-Louis le 25 août 1895, à 9 h. 1/2 du soir. Enceinte pour la 5e fois et à terme ; les quatre grossesses précédentes se sont terminées par la mort des enfants immédiatement ou peu de temps après l'accouchement.

Retrécissement du bassin, tête en O I G T au détroit supérieur. Après deux applications infructueuses de forceps, on pratique la symphyséotomie, l'enfant est extrait au forceps. Enfant vivant, 4.510 gr.

Déchirure de la partie supérieure et droite du vestibule, faisant communiquer le vagin avec la plaie. L'urèthre est dévié vers la gauche.

27 août. — On sonde la malade, qui n'a pas uriné depuis l'opération.

28. — On sonde la malade.

30. — On sonde matin et soir la malade.

2 septembre. — Pus dans les urines ; on continue à sonder, et on fait par jour 4 lavages de vessie à l'eau boriquée. T. S. : 38°8.

5. — Cystite diminue.

10. — Cystite disparue.

22. — La malade se lève, marche péniblement. T. S. 35°.

23. — Température descend.

24. — Douleurs intenses au niveau du méat urinaire.

28. — Douleurs plus intenses.

2 octobre. — Va bien, mais se plaint d'être mouillée constamment.

7 octobre. — Injections vaginales très chaudes au sublimé.

9. — Pas d'incontinence d'urine.

Observation XLVIII

M. Bué.— Maternité de Lille. (*In* th. Rubinrot).

Berthe Leroy, 22 ans, primipare, bassin rachitique. P. sous-pub.: 8 cm. 3/4; grosse de 8 mois et demi. OIGT.

On provoque l'accouchement avec la sonde de Krause. Ballon de Champetier, dilatation manuelle, la sonde de Krause rompant la poche des eaux, tombe dans le placenta et provoque une légère hémorragie. Tamponnement. Symphyséotomie le 15 janvier 1896 ; l'écartement interpubien est de 6 cent. 5, l'extraction est faite à l'aide du forceps. Déchirure incomplète du périnée. Le travail a duré 41 heures. Enfant vivant, poids 3,420 grammes.

Suites de couches : les jours suivants, fièvre (39 et 40°) qui ne cède qu'au bout de 3 semaines. Le 7e jour, douleurs du côté de la symphyse sacro-iliaque gauche, à cause du grand écartement des pubis (7 cent.).

Dixjours après l'opération, escarre considérable du côté du sacrum, qui ne se comble que très lentement et dure 6 semaines.

Incontinence d'urine que rien n'arrive à guérir. Le méat, largement ouvert, admet le petit doigt. La malade se lève le 60e jour, *elle sort au bout de cinq mois avec une incontinence absolue d'urine.*

Observation XLIX

(Résumée)

M. Thisquen. — *Verviers*. En ville, *in* thèse Rubinrot.

K..., primipare à terme, bassin oblique aplati, p. sous-pubien ; 8 centimètres OIGT.

Rupture spontanée des membranes. Bruits du cœur bons. On applique à deux reprises le forceps.

Symphyséotomie le 9 février 1896. Symphises irrégulièrement soudées. On doit agir d'avant en arrière à petits coups de bistouri. Résistance du col qui coiffe la tête. L'écartement pubien est de 8 cm. 5 malgré la contrepression des aides ; l'extraction a été faite à l'aide du forceps. L'enfant naît étonné. Il meurt (mort attribuée aux trop énergiques tractions).

Suites de couches. — Pas de fièvre. Douleurs dans les jambes et les cuisses.

Incontinence d'urine qui, au bout de huit mois, persiste encore.

Se lève le vingt-huitième jour.

Observation L

(Résumée)

M. Namias. — Naples, Clinique. *In* th. Rubinrot.

E..., 26 ans, rachitique. P. p. m. : 8. Primipare à terme, OIDT. Symphyséotomie le 11 mars 1896, extraction par le forceps d'un enfant vivant. Bi-P. : 10 cent.

Suites des couches pathologiques ; elle a présenté *de l'incontinence d'urine pendant une semaine*, qui disparaît progressivement avec l'amélioration de l'état général.

Observation LI

(Résumée)

Louis Bleynie. — Clinique de Limoges. *In* th. Rubinrot.

R..., 26 ans, primipare, prom. p. m. : 7 cent., à terme ; épaule droite en acromio-gauche. Symphyséotomie, 15 mars 1896. Version, enfant vivant, 2.830 gram.

Suites de couches : Température pendant quelques jours, puis normales. *Troubles de miction.* Sort le trente-huitième jour. Revue bien.

Observation LII

(Résumée)

Charles, de Liège. — Clinique *in* th. Rubinrot.

P..., 28 ans, p. pub. min. : 7 c. 5. IV pare, à terme, SGT. Symphyséotomie, 4 avril 1896. Enfant vivant. Les troisième et quatrième jours, l'urine retirée par la sonde n'est pas très abondante et est *sanguinolente.* Le lendemain elle est plus transparente. Le sixième jour la malade urine seule. *Du neuvième au dix-huitième jour, légère incontinence qui cesse.*

Observation LIII

(Résumée)

M. Charles. — Maternité, Liège, *in* th. Rubinrot.

H..., 32 ans, VII pare, p. pub. m. : 6 c. 5. Symphyséotomie le 7 juillet 1896 ; enfant vivant.

Suites de couches : *Pendant deux mois, certaine gêne de la miction qui a disparu.*

Observation LIV

(Résumée)

M. Charles. — Liège, Clinique, *in* th. Rubinrot.

G...; P. pub. min. : 7. Primipare à terme ; grossesse gémellaire : 1° siège, 2° tête. Symphyséotomie le 10 août 1896 ; deux enfants vivants.

Suites de couches : Il y a eu chez cette opérée de *l'incontinence urinaire*. Se lève le seizième jour. Sort le vingt-sixième jour.

Observation LV

(Résumée)

MM. Homans et Daudois. — Maternité de Louvain, *in* th. Rubinrot.

X..., rachitique. P. sous-pub., 8 c. 5. III pare à terme O I D T.

Symphyséotomie le 13 août 1896, écartement 7 cent., extraction par le forceps d'un enfant né en état de mort apparente, vite ranimé.

Suites de couches : *Incontinence d'urine sans lésion vésicale par insuffisance du sphincter du col.*

Observation LVI

(Résumée)

M. Charles. — Clinique, *in* th. Rubinrot.

P..., 27 ans. P. P. M.: 7 c. 7 ; à terme ; D T.

Symphyséotomie le 28 septembre 1896, extraction par le forceps d'un enfant vivant du poids de 4.000 grammes.

Suites de couches : *Incontinence complète d'urine.* La

malade a subi le traitement chirurgical de l'incontinence urinaire post partum. Se lève le quatorzième jour, sort le vingt-septième jour.

Observation LVII

(Résumée)

Bar. — *L'Obstétrique*, juillet 1899, p. 378.

C..., primipare, bassin rétréci. P. S. P., 9 c. 9. Faux promontoire, 9 c. 6, O I D T.

Début du travail le 4 novembre 1896. Forceps en ville.

Symphyséotomie le 5 novembre 1896. Extraction par le forceps d'un enfant né en état de mort apparente, vite ranimé. Plaie vaginale et vulvaire. Déchirure du col.

Suites de couches : *Incontinence d'urine*. Hématome intrasymphysaire. Quitte Saint-Louis en bon état le 12 décembre 1896. Revue en 1899, a eu *pendant dix-huit mois de l'incontinence d'urine*. Rétroversion utérine et abaissement de l'organe. A la même date, l'urine s'écoulait encore involontairement mais en petite quantité, quand elle était fatiguée, ou quand elle faisait effort.

Observation LVIII

M. Rochet. — Hôpital Stuyvenberg, Anvers, *in* th. Rubinrot.

R..., 28 ans, bassin généralement rétréci. P. sous pub., 9 c. Primipare à terme. OID.

Symphyséotomie le 12 novembre 1896. Ecartement 5 cent. ; extraction par le forceps d'un enfant vivant.

Suites de couches pathologiques. *Cystite avec parésie vésicale qui se guérit assez lentement.*

Sort le soixantième jour. Bonne marche.

Observation LIX

M. Ayers Edward. Clinique *in* thèse Rubinrot.

B. B..., 29 ans. P. p. m. : 10 c. 2. III pare ; OIDA. Symphyséotomie, 7 décembre 1896 ; écartement, 6 c. 5. Extraction par le forceps d'un enfant vivant. Bi-p.= 9 c. 5.

Sort la cinquième semaine ; *se plaignait de troubles de la marche et de la vessie qui disparaissent graduellement.*

Observation LX

Lepage (Beaujon), *in* thèse Rubinrot.

T. R..., 27 ans, primipare, bassin rachitique ; prom. s. pub : 9 c. 3; à terme OIGT. Elle est grippée depuis quelques jours. Forceps en ville. Symphyséotomie le 8 février 1897. Hémorragie, lésions vulvaires. Extraction avec le levier de Farabeuf. Enfant étonné, vite ranimé.

Suites de couches : Température assez élevée pendant plusieurs jours. Tousse beaucoup, céphalée intense, douleur au genou gauche. La malade *urine involontairement chaque fois qu'elle tousse. L'incontinence disparaît le vingtième jour.*

Observation LXI

M. Gaulard (Lille), *in* thèse Rubinrot.

X..., 20 ans, bassin normal, primipare. Tête de fœtus volumineuse.

Symphyséotomie le 26 février 1897. Ecartement de 4 c,

Extraction, par le forceps, d'un enfant né en état de mort apparente, difficilement ranimé, mort au bout d'un mois. Poids 3150 gr. Bi-P. : 10 c.

Suites de couches pathologiques. Urèthre intact, et cependant *la malade a de la peine à garder ses urines. Pas de fistules. Amélioration*.

Observation LXII

(Résumée)

(Queirel, *in* thèse Abelly)

Catherine B..., 33 ans, ménagère, III pare. Entre à la Maternité le 1[er] avril ; mi-sacro sous-pubien = 10 cent.

Symphyséotomie par M. Queirel le 2 avril 1897. Ecartement, 5 cent.; extraction, par le forceps, d'un enfant de 2.920 gr. avec un bipariétal de 10 c.

Suites de couches : la température reste élevée pendant quelque jours au-dessus de 38°, à cause d'une infection vésicale très violente. Tout cesse sous l'influence des lavages boriqués.

Le trentième jour, elle sort en bon état, avec son enfant bien portant. *Revue en* 1898. *Elle est atteinte d'une légère incontinence d'urine qui survient pendant le rire et les efforts.*

Observation LXIII

(Résumée)

Maygrier (Lariboisière). *In* thèse Rubinrot.

E. S., 37 ans, bassin asymétrique. P. p. m. : 7 cm. 5. VI pare, à terme ; OIGA.

Symphyséotomie le 1[er] juillet 1897. Trois applications

de forceps. Enfant étonné, vite ranimé ; poids, 3.770 gr.; Bi-p., 9 cm. 6. Au niveau du vestibule, et de chaque côté, large déchirure transversale s'étendant jusqu'aux petites lèvres. Urèthre introuvable.

Suites de couches : *Incontinence d'urine, qui existe encore le onzième jour, jour de sa sortie.*

Observation LXIV

(Résumée)

Bar. — *L'Obstétrique*, juillet 1899, p. 380.

D..., bassin généralement rétréci ; P. S. P. : 9 cm 2. OIGT. Début du travail, 27 septembre 1897.

Symphyséotomie, 29 septembre. On extrait l'enfant par la version. Enfant née en état de mort apparente, vite ranimée.

Suites de couches : *Incontinence d'urine,* déhanchement. Quitte Saint-Antoine le 27 octobre 1897.

Revue en janvier 1899, a un prolapsus utérin, peut à peine marcher, *incontinence d'urine depuis son opération.*

Observation LXV

(Résumée)

Queirel. — *In* thèse Abelly.

Emilie B.., 19 ans, atteinte de tuberculose pulmonaire peu avancée.

Primipare. Entre à la maternité le 27 octobre 1897. Bassin rétréci dans tous ses diamètres, OIDA. Symphyséotomie le 7 décembre par M. Queirel ; extraction par le forceps d'un enfant de 2.500 gr., qui meurt au bout de quatre jours de convulsions. Bi. P., 8 cm 1/2.

Suites de couches : Congestion pulmonaire intense le cinquième jour, qui dure trois jours ; puis tout rentre dans l'ordre.

Incontinence d'urine.

Observation LXVI

(Résumée)

Symphyséotomie pratiquée le 7 décembre 1897, par Pinard.

Mme Anna B..., 33 ans, III pare, entre le 21 septembre 1897. Première grossesse terminée par un accouchement à terme, forceps, fille morte le 23e jour de convulsions (avait les marques du forceps).

Le deuxième accouchement à terme terminé par symphyséotomie.

Grossesse actuelle : P. S. P. 10 cm. Premières douleurs, 7 décembre, 11 h. du matin. Présentation du siège, version externe à 1 h. 50, dilatation complète, la tête se fixe. Malgré les efforts d'expulsion, la tête ne descend pas. Pinard pratique la symphyséotomie. Ecartement de 5 cm. seulement. A 5 h. 20, application de forceps en GT. Pendant l'extraction, les tissus cicatriciels vestibulaires se déchirent, et quatre branches importantes des artères vésicales antérieures saignent abondamment. Ligature de ces artères au catgut. On s'assure de l'intégrité de la vessie et de l'urèthre. Celui-ci, complètement détaché du vestibule est suturé par six points de catgut. L'enfant né étonné, est rapidement ranimé. Poids 3825 gr. Bi-P : 10 cm.

Suites de couches : Femme va très bien, elle se lève le seizième jour. Mais la station debout révéla un *certain degré d'incontinence d'urine* qui n'avait pas paru pendant le séjour au lit. Cette incontinence s'atténue chaque jour,

et nous avons lieu d'espérer qu'elle disparaîtra et que nous ne serons pas obligés d'intervenir pour remédier à cet état de choses.

Observation LXVII

(Résumée)

M. Buist Dundee, Amérique, *in* th. Rubinrot.

F... 20 ans, rachitique, p. sous-pub. : 10 c. Primipare, OIDA.

Symphyséotomie le 21 mars 1898. Extraction par le forceps d'un enfant légèrement asphyxié, ranimé. Bi-p. 8 cm.

Suites de couches : *Incontinence d'urine pendant trois semaines*. Guérison progressive. Se lève le 29e jour.

Observation LXVIII

Gaulard (Lille), *in* th. Rubinrot.

X..., bassin très vicié (Bassin de Robert). Membranes rompues depuis plusieurs jours. Enfant mort. Essais de basiotripsie, impossibilité de placer la branche droite. Symphyséotomie, 3 décembre 1898.

Suites de couches. Jamais d'élévation de température. *Incontinence d'urine pendant deux jours.*

Observation LXIX

(Résumée)

Bar. — *L'Obstétrique*, juillet 1899, p. 382.

V... ; P.S.P., 10 c. 3, à terme OIGT. Deux applications de forceps en ville. Symphyséotomie. Extraction par le

forceps d'un enfant né en état de mort apparente, ranimé.

Suites de couches : *Incontinence d'urine persistant trois semaines.*

Observation LXX

(Résumée)

Lepage. — *Ann. de Gyn.*, décembre 1900.

Femme ayant eu un premier accouchement au forceps. Deuxième accouchement, symphyséotomie. Après l'intervention, pouls 140 à 150, pâleur. Pansement imbibé de sang. La femme examinée présente deux déchirures du col qui sont suturées. Les phénomènes de choc disparaissent. La femme guérit, mais *garde une incontinence d'urine qui persiste actuellement, malgré des opérations bien conduites.*

CONCLUSIONS

Etant donné :

1° Les différences de conditions de milieu ;

2° Les différences d'habileté opératoire et d'instruction obstétricale des praticiens ;

3° Les bons résultats obtenus (considération étant prise des deux existences maternelle et infantile), par toutes les interventions employées dans la thérapeutique de l'accouchement dans les viciations pelviennes, lorsqu'elles sont bien adaptées aux cas qu'on est appelé à traiter ;

Nous concluons que ni la symphyséotomie ni aucune autre intervention ne peut être le traitement exclusif de l'accouchement dans les viciations pelviennes ; et, considération étant prise de toute la situation obstétricale, on aura recours, suivant les cas, à l'accouchement prématuré provoqué, au forceps, à la version, à la symphyséotomie, à l'opération césarienne et à l'embryotomie. On évitera autant que possible l'embryotomie sur l'enfant vivant ; mais si pour sauver l'enfant on est obligé d'avoir recours à une opération qui risque, pour des raisons quelconques, de compromettre l'existence de la mère, il faut absolument repousser cette opération, quelle qu'elle soit, dût-on avoir recours à l'embryotomie sur l'enfant vivant. La vie

de la mère est, à tous les points de vue, supérieure à la vie fœtale.

On ne doit jamais pratiquer une opération quelconque sans avoir obtenu le consentement de la femme ; raison de plus, on ne forcera pas celle-ci à subir telle ou telle autre opération.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ABEL. — Vergleich der Dauererfolge nach Symphyseotomie und Sectio caesaera. Arch. f. Gynaek., t. LVIII.

ABELLY. — Thèse Paris, 1899.

ARNDT. — Einzelbeobachtungen aus der Universitäts-frauenklinik zu Gottingen. Centralblatt für Gyn., 1896, p. 625.

BAJON. — De la Symphyséotomie répétée. Thèse Paris, 1901.

BAR. — De l'opération césarienne, 1887 (Semaine médicale).

— A quel moment doit-on pratiquer l'opération césarienne. Société de médecine pratique, déc. 1888.

— Société obstétricale de France, session de 1893, p. 387.

— De l'opération césarienne conservatrice, sa technique, ses résultats immédiats et éloignés. L'Obstétrique, mai 1899, p. 193.

— Technique opératoire, résultats comparatifs, immédiats et éloignés de l'opération césarienne et de la Symphyséotomie. Congrès de la Société obstétricale de France. L'Obstétrique, mai 1899, p. 293.

— Congrès de la Société obst. de France. L'Obst., mai 1899.

— L'Obstétrique, juillet 1899, p. 305.

— Congrès d'Amsterdam. Ann. de gyn., août-septembre 1899.

— Influence de la position de la femme sur la forme, l'inclinaison et les dimensions du bassin. Note présentée au Congrès d'Amsterdam. L'Obstétrique, nov. 1899, p. 529.

BELLOY. — Thèse Paris, 1899.

BONNAIRE (Paris) et BUÉ (Lille). — Influence de la position sur la forme et les dimensions du bassin. Congrès d'Amsterdam, 1899. Ann. de gyn., août-septembre 1899, p. 296.

Bossi. — Congrès de la Société obst. de France. L'Obst., mai 1899.

Budin. — Bulletin de la Société obst. et gynéc. de Paris, fév. 1893 et nov. 1894.

— Congrès de la Société obst. de France. L'Obst., mai 1899, p. 293.

— Discussion sur le traitement des viciations pelviennes. Congrès de la Société obst. de France. L'Obst., mai 1899.

Chalmers-Cameron de Montréal. — Ann. de gynéc., oct. 1893.

Charles. — Société obstétricale de France, 1899.

— Parallèle entre les diverses opérations à pratiquer dans les vices du bassin. Congrès de la Société obst. de France. L'Obst., mai 1899, p. 281.

Congrès (5e) de la So iété Allemande de gynécologie tenu à Breslau du 25 au 27 mai 1893. Ann. de gynéc et d'obst., juin 1893.

Congrès (11e) International des sciences médicales tenu à Rome, du 29 mars au 5 avril 1894.

Congrès (12e) International des sciences médicales, tenu à Moscou du 19 au 26 août 1897. Ann. de gynéc., oct. 1897, p. 273.

Congrès (3e) International de gynécologie et d'obstétrique, tenu à Amsterdam du 8 au 12 août 1899. Ann. de gynéc., août-septembre 1899, p. 164.

Congrès médical égyptien tenu au Caire du 19 au 23 décembre 1902. Archivio italiano di ginecologia. Anno VI, 28 febbrajo, 1903, n° 1.

Cörner. — 50 Kaiserschnitte Wegen Bechenenge. Arbeiten aus d. Kgl. Frauenklinick zu Dresden, Bd. 1, 1893.

Cristeanu (Cornelius), de Bucarest. — Ann. de gyn , août 1902, p. 105.

Davis. — Americ. journal of obst., 1898.

Delore. — Congrès de la Société obstétricale de France. L'Obst., mai 1899, p. 293.

Desforges. — Thèse de Paris, 1892.

Desormeaux et P. Dubois. — Dictionnaire de médecine, tome XXIX, Paris, 1844.

Diamante (E.-B.), de Moscou. — Congrès de Moscou. Ann. de gyn., octobre 1897.

Dickinson. — The conclused Trendelenburg Walcher positio in obstetric operating. The Americ Journal of obst., XII, 1898.

Engelmann. — Congrès d'Amsterdam. Ann. de gyn., août-sept. 1899.

Everke. — Uber Kaïserschnitt 70 Versammlung deutscher Naturforscher und Arzte zu Dusseldorfin Centr. f. gyn. 1889, p. 106.

Farabeuf (L.-H.). — De l'agrandis. momentané du bassin oblique ovalaire. Ann. de gynéc., décembre 1892.

— Possibilité et moyens de traiter scientifiquement la dystocie du détroit supérieur rétréci. Ann. de gyn. 1894, t. I, p. 377.

Farabeuf (Pierre). — Les bienfaits de la symphyséotomie. Thèse Paris, 1893.

Fieux. — Symphyséotomie pour excès de volume et irréductibilité de la tête fœtale. Ann. de gyn., janvier 1898, p. 68.

Fochier. — Classification des rétrécissements du bassin au détroit supérieur. Congrès de la Société obst. de France. L'Obst., mai 1899, p. 286.

— Discussion sur le traitement des viciations pelviennes. Congrès de la Société obst. de France. L'Obst., mai 1899.

— Société obstétricale de France, 1899.

Forgue. — Des larges fistules vésico-vaginales consécutives à la symphyséotomie. Montpellier-Médical, n° 12, 22 mars 1903, 2e série, t. XVI, p. 313.

Fritsch. — Ein neuer Schnitt bei der Sectio caesarea C. f. g. 1897, p. 561.

Guéniot. — Académie de Médecine, 3 juillet 1894.

Henricius (Helsingfors). — Congrès d'Amsterdam. Ann. de gynéc., août-septembre 1899.

Henricius. — Monatschrift für Geburthülfe, t. III, p. 275.

Hergott.— Congrès de la Société obst. de France. L'Obst., mai 1899.

Hirsch. — Uber Sectio caesarea conservativa bei engen Becken. Thèse Berlin, 1898.

Hofmeier (Würtzbourg). — De la légitimité de la perforation de l'enfant vivant. Ann. de gynéc , janvier 1903, t. LIX, p. 2.

Hulot (A.). — Quelques considérations sur les observations anciennes et récentes de symphyséotomie antiseptique. Thèse Paris, 1893.

Jacob (Marseille). — Histoire d'une symphyséotomie (pratiquée en dehors de la clinique). Bons résultats. Ann. de gynéc., juillet-août 1900, p. 150.

Jorand. — Thèse Paris, 1896.

KEHRER. — Ueber ein modificiertes Verfahren beim Kaisertchnitte. Arch. für gyn., p. 177, 1882.

KLEIN (G.) de Würtzbourg. — Zeitschr. f. Geb. u Gynäk. 1891, t. 21, première partie.

KOUKER (Utrecht). — Congrès d'Amsterdam. Ann. de gynéc., août-septembre, 1899, p. 315 316.

KUSTNER. — XII[e] Cóngrès international des sciences médicales à Moscou. Ann. de gynéc., 1897, t. XLVIII, p. 285.

LATIS. — Contributó alla Sinfisiotomia. Archivio italiano de ginecologia. Anno VI, 28 Feb. 1903, n° 1, p. 53.

LEBEDEFF (P.) et le D[r] P. BARTOSZEWICZ, de Saint-Pétersbourg. — De la variabilité des dimensions du bassin suivant différentes attitudes du corps. Congrès d'Amsterdam, 1899. Ann. de gynéc., août-septembre 1899, p. 118.

LEOPOLD (de Dresde). — Kaiserschnitt Uterusnaht nach Sänger. C. f. g., 1882, t. XIX.

— Congrès de Breslau, 1893. Ann. de gynéc., août 1893.

— Aufgaben und Greuzen der Künstlichen Frühgeburt, Wendung und Extraktion, Perforation, Sectio caesarea und Symphyseotomie. Arbeiten aus der Königlichen Fruaenklinik in Dresden, t. I, 1893, p. 385.

— Congrès de Rome. Rapport sur la symphyséotomie. Ann. de gynéc., mai-juin 1894, p. 453.

— Ann. de gynéc., octobre 1899, p. 402.

LEOPOLD et HAAKE. — Uber 100 Sectiones caesareæ. Arch. f. gynaek., t. LVI, p. 1.

LEPAGE. — De la symphyséotomie. Ann. de gynéc., mars 1896.

— De la symphyséotomie. Ann. de gynéc., avril 1896.

— Huit observations de symphyséotomie. Ann. de gynéc., mars 1898, p. 177.

— Sept observations de symphyséotomie. Société d'obst., de gynéc. et de paediatrie. Ann. de gynéc., déc. 1900, p. 621.

LOVIOT. — Congrès de la Société obst. de France. L'Obst., mai 1899.

MARTIN. — Deud. med. W., 1902, n° 52.

MAURI. — Un caso di sinfisiotomia. Archivio italiano di ginecologia. Anno VI, 28 Febbrajo 1903, n° 1, p. 53.

MAYGRIER.— Congrès de la Société obst. de France. L'Obst., mai 1899.

MORISANI. — Rapport au Congrès de Rome sur la symphyséotomie.

— De la symphyséotomie. Ann. de gynéc., avril 1892, p. 241.

NEUGEBAUER. — Ueber die Rehabilitation der Schamfugentrennung oder Symphyseotomie. Leipzig, 1893.

— Jahresbericht über die Forschritte auf dem gebiete der geburtshilfe und gynäkologie, art. Symphyséotomie. Wiesbaden, 1894.

NICODEMI. — Considerazioni sopra cinque tagli cesarei. Annali di Ostétr. et Ginécologia. Mai 1898, n° 5, p. 396.

NIJHOFF (Groningue). — Congrès d'Amsterdam. Ann. de gynéc., août-septembre 1899, p. 315-316.

OLSHAUSEN et VEIT. — Lehrbuch der Geburtshülfe. Bonn, 1899, p. 421.

OLSHAUSEN.— Uber sectio caesarea und die Erweiterung ihrer Indikationem beinengen Becken. Centr. f. gyn., 1897, p. 1138.

PASQUALI. — Atti della Societa italiana di obstetrica e ginecologia, t. II, 1896.

PATAY. — Congrès de la Société obst. de France. L'Obst., mai 1899.

PERRET. — La céphalométrie externe appliquée à l'accouchement prématuré provoqué. L'Obst., novembre 1899, p. 542.

PESTALOZZA (Florence). — Congrès d'Amsterdam. Ann. de gynéc., août-septembre 1899, p. 315.

PINARD. — De la symphyséotomie. Ann. de gynéc., février 1892, p. 81.

— Réponse à M. Queirel. Ann. de gynéc. 1893.

— Ann. de gynéc., janvier 1894, p. 1.

— Congrès de Rome. Rapport sur la symphyséotomie. Ann. de gynéc., mai-juin 1894, p. 397.

— De la symphyséotomie à la Clinique Baudelocque. Ann. de gynéc., janvier 1896,

— De la symphyséotomie à la Clinique Baudelocque. Ann. de gynéc., janvier 1897, p. 1.

— De la symphyséotomie à la Clinique Baudelocque. Ann. de gynéc., avril 1898, p. 257.

— Congrès d'Amsterdam. Ann. de gynéc., août-septembre 1899, p. 81.

— Congrès d'Amsterdam. Ann. de gynéc., août-septembre 1899, p. 316.

— Du soi-disant fœticide thérapeutique. Ann. de gynéc., janvier 1900, p. 1.

— Société d'obstétrique, de gynéc. et de paediatrie. Ann. de gynéc., décembre 1900, p. 626.

— De la symphyséotomie dans les présentations persistantes du front. Ann. de gynéc., décembre 1902, p. 177.

Pinzani. — Influence de la position sur la forme et les dimensions du bassin. Congrès d'Amsterdam. Ann. de gynéc., août-septembre 1899, p. 310.

Pooth (Wil.). — Die Künstliche Erweiterung des engen Beckens Monatschr. f. Gebürtrsh. u. Gynäk. t. III, juin 1896, p. 491-497.

Puech. — De la Symphyséotomie. Nouveau Montpellier-Médical, suppl., janvier 1894.

— La réparation de la symphyse pubienne et les lésions de l'appareil urinaire après symphyséotomie. Montpellier-Médical, n° 13, 29 mars 1903, 2e série, tome XVI.

— Symphyséotomie pour rétrécissement du bassin, succès complet. Montpellier-Médical 1903, p. 516-519.

Queirel. — Symphyséotomie et embryotomie dans le cas où le fœtus est mort (lettre à M. Pinard). Ann. de gynéc. et d'obstétr., février 1893.

— La symphyséotomie et le forceps au détroit supérieur. Ann. de gynéc., février 1896, p. 97.

— Les symphyséotomies qu'on ne fait pas. Ann. de gynéc., février 1898, p. 129.

Rein (Kieff). — Congrès d'Amsterdam. Ann. de gynéc., août-septembre 1899.

Ribemont-Dessaignes et G. Lepage. — Précis d'obstétr. Paris 1900.

Riquoir. — Etude comparée des résultats de la symphyséotomie et de l'opération césarienne dans les bassins rétrécis. Thèse Paris 1899.

Rochet. — Annales de la Société de médecine d'Anvers, 1897, p. 69.

Rubinrot. — Thèse Paris 1899.

Sanger. — Des Kaiserschnitt bei Uterus fibromen nebst vergleichender Methodik des Section caesarea. (Studien und Vorschlage zur Verbesserung des Kaisersschnitte, Leipzig, 1882.

— Neue Beitrage zur Kaiserschnitte frage. C. f. G., XXVI.

Schauta. — Ann. de gynéc., mai 1893.

Stijn Parvé (La Haye). — Congrès d'Amsterdam. Ann. de gynéc., août-septembre 1899.

Spinelli. — Les résultats de la symphyséotomie à l'école Obstétricale de Naples. Ann. de gynéc. et d'obst., janvier 1892, p. 2.

— Archivio italiano di ginecologia. Anno VI, 28 Febbr. 1903, nº 1, p. 54.

Tarnier. — Comparaison entre l'opération césarienne, la symphyséotomie et l'accouchement prématuré artificiel. Presse médicale, 20 juillet 1895.

La Torre (de Rome). — Congrès de Moscou. Ann. de gynéc , octobre 1897.

Treub (d'Amsterdam). — Congrès d'Amsterdam. Ann. de gynéc., août-septembre 1899.

Vallois. — Quelques réflexions au sujet de trois observations de rétrécissement pelvien. L'Obst., mars 1899, p. 141.

Varnier. – Des causes de la mortalité maternelle et fœtale dans la symphyséotomie. Ann. de gynéc. et d'obstétr., novembre 1893, p. 372.

— Ann. de gynéc., mai-juin 1894.

— Ann. de gynéc., décembre 1894.

— Simple comparaison. Ann. de gynéc., janvier 1895, p. 50.

— La symphyséotomie. Congrès de Moscou. Ann. de gynéc., septembre 1897, p. 189.

— Les bassins viciés sont-ils dilatables sans symphyséotomie. Réponse à M. Walcher. Ann. de gynéc., sept. 1899, p. 351.

— Etude anatomique et radiographique de la symphyse pubienne après symphyséotomie. Société d'obst., de gynéc. et de pædiatrie. Ann. de gynéc., novembre 1899, p. 529.

Ziegenspeck (Münich). — Congrès d'Amsterdam. Ann de gynéc., août-septembre 1899.

Zweifel (de Leipzig). — Rapport sur la symphyséotomie au Congrès de Breslau 1893. Schmidt's Jahrbrücher, 15 mai 1893. Traduction dans les Ann. de gynéc., juin 1893.

— Fromel Jahresbericht, t. XI, p. 862 et suivantes.

— Congrès de Rome. Ann. de gynéc., mai-juin 1894, p. 467.

— Congrès de Moscou. Ann. de gynéc., octobre 1897, p. 273.

— Hegar's Beiträge, Bd IV, et Z. Therapic bei engen Becken. Leipzig, Georgi, 1901.

— Die symphysiotomie mit besonderer. Drainage des Spatium prævesicale sine cavum Retzii per vaginam. Centralbl. f. Gynäk., Leipzig, 1902, t. XXVI, p. 321-326.

Walcher. — Réflexions contre la symphyséotomie. Centr. für gyn., juin 1893.

— Centr. für gyn., n° 51 de 1899, p. 892.
— Med. Corresp. Bl. des Würtemberg, ärtzl. V. Tome LX, p. 5.
Walcher (de Stuttgart). — L'influence de la position sur la forme et les dimensions du bassin. Ann. de gynéc., août-septembre 1899, p. 341.
Wallich. — De la symphyséotomie dans les présentations persistantes du front (étude comparative des cas observés en vingt ans, 1882-1902, dans le service du professeur Pinard à la Maternité de Lariboisière et à la clinique Baudelocque). Ann. de gynéc., juin 1902, p. 463.
Wehle. — Arch. f. Gyn., t. 45, p. 323.
— Munch. Medic. Wochenschr., n° 25, 1894.
Woyer. — Spontan Ruptur des Utérus in der alten Kaiserschnitt. Monatschrift für Geb. und Gynäk., t. VI, p. 192.
Wulff (Mme). — Les accouchements spontanés après la symphyséotomie. Thèse Paris 1899 1900.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 12 février 1904.
Le Recteur,
BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 10 février 1904.
Pour le Doyen, l'Assesseur délégué
FORGUE.

TABLE DES MATIÈRES

MONTPELLIER. — IMP.-LITH. G. FIRMIN, MONTANE ET SICARDI. — 2-606.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !